

**Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
an der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg
(Direktor Prof. Dr. A. Maneros)**



**Thema: Die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren
1996 bis 1998**

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Fanny Barbara Wetzig, geborene Jeschke
geboren am 20.07.1973 in Halle/Saale

Betreuer: Oberarzt PD Dr. med. P. Brieger

Gutachter: 1. PD Dr. med. P. Brieger

2. Prof. Mau

3. PD Dr. med. T. Kallert (Dresden)

20.01.2004

06.07.2004

urn:nbn:de:gbv:3-000007768

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000007768>]

Referat

In der vorliegenden Arbeit soll ein Überblick über die psychiatrische Versorgungsstruktur in Sachsen-Anhalt für die Jahre 1996-1998 mit Hilfe des European Service Mapping Schedule Version 3 (ESMS-V3) erstellt werden.

Als Datenbasis dienten die halbstandardisierten Besuchsprotokolle der Besuchskommissionen des Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalts. In die Auswertung wurden 365 Einrichtungen und Dienste einbezogen, die der psychiatrischen Versorgung der erwachsenen Bevölkerung ab 16 Jahren zur Verfügung standen. Die Klassifizierung der Einrichtungen und Dienste erfolgte mit Hilfe des, zuvor in die deutsche Sprache übertragenen, ESMS-V3-Manuals, welches funktionsbezogene Kategorien für die Dienste und Einrichtungen vorsieht. Anschließend wurden bevölkerungsbezogene Messziffern für die einzelnen Versorgungsbereiche je 100.000 Einwohner zum einen für die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte und zum anderen für das Land Sachsen-Anhalt insgesamt errechnet.

Es zeigte sich, dass sich die psychiatrische Versorgungsstruktur mit den Kategorien des ESMS-V3 anhand der Daten aus den Besuchsprotokollen darstellen ließ.

Mit 48,3 vollstationären Akutbetten die Bettenzahl deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Im teilstationären Bereich gab es 12,8 Plätze in psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken. Die Verteilung der psychiatrischen Akutbetten war regional sehr heterogen. Im Bereich der Hilfen zum Wohnen fiel ein deutliches Übergewicht der Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit, davon gab es 241,6 Plätze, gegenüber allen anderen Wohnformen, zusammen nur 30,0 Plätze, auf. Im Bereich der tagesstrukturierenden Angebote waren 235,5 Plätze vorwiegend in den flächendeckend ausgebauten Werkstätten für behinderte Menschen vorhanden. Der überwiegende Teil der Wohn- und Arbeitsangebote wurde für geistig behinderte Menschen bereitgestellt. Jedoch fehlten Angebote für seelisch behinderte und suchtkranke in ausreichender Anzahl und Diversität. Im ambulant/kommunalen Bereich wurde die Versorgung hauptsächlich durch die flächendeckend ausgebauten sozialpsychiatrischen Dienste und Suchtberatungsstellen und die regional sehr heterogen verteilten niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten geleistet.

Die vorliegende Erhebung stellt die Erfassung der Strukturqualität der psychiatrischen Versorgung für die nachfolgende Erhebungen dar. Es bieten sich somit neue Möglichkeiten für die Psychiatrieplanung und psychiatrische Versorgungsforschung in Sachsen-Anhalt.

Wetzig, Fanny Barbara: Die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998.

Inhaltsverzeichnis		Seite
1	Zielstellung	5
2	Einleitung	6
2.1	Historischer Rückblick	6
2.2	Grundlagen der Gemeindepsychiatrie	8
2.2.1	Allgemeine Einführung	8
2.2.2	Epidemiologische Vorbemerkungen	9
2.2.3	Bedeutung und Folgen psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	10
2.2.4	Grundprinzipien der gemeindepsychiatrischen Versorgung	12
2.2.5	Grundzüge der psychiatrischen Versorgungsplanung	18
2.3	Komponenten des gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes	19
2.3.1	Psychiatrische Notdienste	20
2.3.2	Ambulante Psychiatrie	21
2.3.3	Tageskliniken, Tagesstätten, strukturierte Rehabilitation, geschützte Arbeit	22
2.3.4	Wohnen	25
2.3.5	Stationäre Psychiatrie	27
2.4	Fragestellung	28
3	Material und Methode	29
3.1	Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und die Tätigkeit der Besuchskommissionen	29
3.2	“ESMS - V3 - The European Service Mapping Schedule - Version 3”	31
3.2.1	Allgemeines und Anwendungsgebiete	31
3.2.2	Der „Versorgungsbaum“ des ESMS	33
3.2.3	Die Anwendung	35
4	Ergebnisse	36
4.1	Verwertbarkeit der Besuchsprotokolle als Datenquelle	36
4.2	Einschränkungen zu den Ergebnissen	37
4.3	Übersicht über die gesamte Versorgungssituation	38

4.3.1	Versorgungslage im stationären und teilstationären Bereich	40
4.3.2	Versorgungslage im Bereich „Hilfen zum Wohnen“	41
4.3.3	Versorgungslage bei den Hilfen zur Arbeit und den tagesstrukturierenden Einrichtungen	43
4.3.4	Versorgungslage mit ambulanten und kommunalen Diensten	44
4.3.5	Erreichbarkeit der Einrichtungen	46
5	Diskussion	47
5.1	Die psychiatrische Versorgungsforschung in Sachsen-Anhalt	47
5.2	Diskussion des Versorgungsforschungsansatzes	49
5.3	Diskussion der Methode	51
5.4	Diskussion zum Erhebungszeitraum	55
5.5	Diskussion der Ergebnisse	56
5.5.1	Die stationäre und teilstationäre medizinische Versorgung	56
5.5.2	Die Versorgung im Bereich der niedergelassenen Nervenärzte und ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten	59
5.5.3	Die Versorgung bei den Hilfen zum Wohnen	62
5.5.4	Die Versorgung im rehabilitativen und tagesstrukturierenden Bereich	67
5.5.5	Die Versorgung mit ambulanten und kommunalen Diensten	69
6	Schlussfolgerungen	73
7	Literaturverzeichnis	75
8	Anhang	85
8.1	Glossar	85
8.2	Versorgungslage der einzelnen Regionen	88
8.2.1	Der Altmarkkreis-Salzwedel	88
8.2.2	Der Landkreis Stendal	90
8.2.3	Der Ohrekreis	91
8.2.4	Der Landkreis Jerichower Land	93
8.2.5	Der Bördekreis	94
8.2.6	Der Landkreis Halberstadt	95

8.2.7	Der Landkreis Wernigerode	96
8.2.8	Der Landkreis Quedlinburg	98
8.2.9	Der Landkreis Aschersleben-Stassfurt	99
8.2.10	Der Landkreis Schönebeck	100
8.2.11	Der Landkreis Köthen	101
8.2.12	Der Landkreis Bernburg	102
8.2.13	Der Landkreis Bitterfeld	104
8.2.14	Der Landkreis Wittenberg	105
8.2.15	Der Landkreis Anhalt-Zerbst	106
8.2.16	Der Landkreis Sangerhausen	107
8.2.17	Das Mansfelder Land	108
8.2.18	Der Saalkreis	109
8.2.19	Der Landkreis Merseburg-Querfurt	110
8.2.20	Der Burgenlandkreis	111
8.2.21	Der Landkreis Weißenfels	113
8.2.22	Die Stadt Magdeburg	114
8.2.23	Die Stadt Halle	115
8.2.24	Die Stadt Dessau	117
8.3	Entfernungstabellen	118
8.3.1	Ausgewählte Entfernungen im Altmarkkreis-Salzwedel	118
8.3.2	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Stendal	118
8.3.3	Ausgewählte Entfernungen im Ohrekreis	119
8.3.4	Ausgewählte Entfernungen im Jerichower Land	119
8.3.5	Ausgewählte Entfernungen im Bördekreis	119
8.3.6	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Halberstadt	119
8.3.7	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Wernigerode	120
8.3.8	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Quedlinburg	120
8.3.9	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Aschersleben-Stassfurt	120
8.3.10	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Schönebeck	121
8.3.11	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Köthen	121
8.3.12	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Bernburg	122
8.3.13	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Bitterfeld	122
8.3.14	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Wittenberg	122
8.3.15	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Anhalt-Zerbst	123

8.3.15	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Sangerhausen	123
8.3.16	Ausgewählte Entfernungen im Mansfelder Land	123
8.3.17	Ausgewählte Entfernungen im Saalkreis	124
8.3.18	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Merseburg-Querfurt	124
8.3.19	Ausgewählte Entfernungen im Burgenlandkreis	125
8.3.20	Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Weißenfels	125
9	Thesen	126
10	Tabellarischer Lebenslauf	128
11	Selbstständigkeitserklärung	129
12	Hinweise auf Präsentationen und Publikationen	130
13	Danksagung	131

1 Zielstellung

In den vergangenen Jahrzehnten veränderte sich die Struktur und das Wesen der psychiatrischen Krankenversorgung in Europa, Australien und Nordamerika grundlegend. Auch in Deutschland wurden nach den Empfehlungen der Psychiatrieenquete (Deutscher Bundestag 1975) und der Expertenkommission (BMJFFG 1988) die Veränderungen durch mehrere Reformen eingeleitet. Es begann ein Paradigmenwechsel von der institutionszentrierten zur personenzentrierten gemeindenahen Psychiatrie. Die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen ist ein dynamischer Prozess, mit dessen wachsender Geschwindigkeit die in Deutschland noch junge psychiatrische Versorgungsforschung nicht immer Schritt halten konnte.

Die psychiatrische Versorgungsforschung soll den Prozess der Reformen der psychiatrischen Versorgungssysteme begleiten, Entwicklungstendenzen einschätzen und planend in die weitere Gestaltung der Versorgungsstrukturen eingreifen. Dazu ist neben einer detaillierten Kenntnis der Entwicklung des Versorgungsangebotes auf regionaler und überregionaler Ebene auch ein hohes Maß an Flexibilität bei der Sammlung von Daten erforderlich. Die Daten müssen das Einzugsgebiet einerseits und die vorgehaltenen Einrichtungen andererseits beschreiben (Becker und Johnson 1998).

Mit dem European Service Mapping Schedule Version 3 (ESMS-V3) wurde von der EPCAT-Gruppe (European Psychiatric Care Assessment Team) ein Arbeitsmittel geschaffen, welches die Charakterisierung der an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligten Einrichtungen ausschließlich nach funktionellen Kriterien gestattet. Dies ermöglicht eine standardisierte Darstellung der psychiatrischen Versorgungslandschaft für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe einer definierten Region.

Im Zuge der Wiedervereinigung 1989/1990 kam es auch im Lande Sachsen-Anhalt auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu massiven Umbrüchen. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung vollzogen sich tiefgreifende Veränderungen. Auf Landesebene wurde ein Ausschuss für die Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung eingerichtet. Zu den umfassenden Aufgaben dieses Ausschusses gehört das Besuchen der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Einrichtungen durch die Besuchskommissionen. Die Besuchstätigkeit dieses Gremiums ist mit einer umfangreichen Datensammlung in Form von halbstandardisierten Protokollen verbunden. Diese Protokolle sind die Datenbasis für die Darstellung der psychiatrischen Versorgungsstruktur.

In der vorliegenden Arbeit soll zunächst überprüft werden, ob sich das ESMS-V3 zur Auswertung der Besuchsprotokolle eignet. Das Hauptziel dieser Arbeit ist die Darstellung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996-1998 unter Berücksichtigung

gemeindepsychiatrische Aspekte. Es werden bevölkerungsbezogene Messziffern für die einzelnen Regionen errechnet, um eine Ausgangsbasis für nachfolgende Erhebungen zu schaffen.

2 Einleitung

2.1 Historischer Rückblick

Der Umgang mit psychisch kranken Menschen ist schon immer besonders von den gesellschaftlichen Bedingungen und Umständen abhängig. Dafür lassen sich in der Geschichte viele Beispiele finden. Die folgenden sind überwiegend dem Buch „Kurze Geschichte der Psychiatrie“ von Erwin Ackerknecht (1985) entnommen.

Im Mittelalter und der Renaissance waren die psychisch erkrankten Mensch aufgrund der weitverbreiteten Annahme, dass sie vom Teufel besessen seien, größtenteils in den Händen exorzierender Priester. Daneben gab es schon im 13. Jahrhundert Abteilungen für „Irre“ in Allgemeinspitälern wie z.B. in Paris, London, Zürich und München. Der Grossteil der psychisch Kranken erhielt jedoch keine medizinische Behandlung, da sich die Ärzte aufgrund der allgemeinen Berufsauffassung, nicht für zuständig hielten.

Erst in der späten Renaissance postulierten Mediziner wie Johannes Weyer (1515-1588), dass es sich bei „Irren“ um kranke Menschen handelte. Es begann allmählich die Entwicklung der Psychiatrie als medizinische Wissenschaft.

Im Zeitalter der Aufklärung, dem 18. Jahrhundert, stieß das große Elend vieler psychisch Kranker auf ein größeres, gesellschaftliches Interesse. Zur Linderung des Elendes wurden in ganz Europa in dieser Zeit erste „Irrenanstalten“ gegründet, wie z.B. in Bologna (1710), Warschau (1726), Berlin (1728), London (1759) und in vielen anderen Orten. Bedeutender für die Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft waren jedoch nicht die großen Anstalten, sondern kleine private Einrichtungen, in denen Mediziner wie Philippe Pinel (1745-1826) mit den Kranken zusammenlebten und somit wichtige klinische Beobachtungen machen konnten.

In Deutschland entstanden in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts vielerorts modernere psychiatrische Anstalten, wie z.B. Sonnenstein (1811), Siegburg (1825), Sachsenberg (1830), Halle (1836) und Illenau (1842). Die Anstaltsdirektoren waren auch in dieser Zeit die führenden Köpfe der Psychiatrie, da ihnen der täglichen Umgang mit den Patienten wichtige klinische Beobachtungen und Erfahrungen ermöglichte. (Ackerknecht 1985)

Als ein Beispiel dafür gilt Christian Roller (1802-1878), der die badische Anstalt Illenau 1842 gründete und leitete. Er vertrat in der damaligen Diskussion um die Neuordnung der stationären Versorgung psychiatrischer Patienten ein Konzept, nach dem der psychisch kranke Patient aus dem „krankmachendem Milieu“ herausgenommen und in einer reizarmen, ländlichen und ruhigen Umgebung genesen sollte. Seine Anstalt Illenau wurde für lange Zeit zum Vorbild der stationären

Versorgung der institutionellen Psychiatrie. Demgegenüber vertrat Wilhelm Griesinger (1817-1868) ein gegliedertes Versorgungskonzept mit Stadtasylen und deren Integration in die allgemeine Medizin. Der psychisch kranke Mensch sollte in dem Umfeld genesen, in dem er erkrankte. (Berger 1999)

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatten psychologische Erkenntnisse, namentlich die Psychoanalyse einen großen Einfluss auf die Psychiatrie. Vor allem durch das Werk von Sigmund Freud (1856-1939) hielten die psychologischen Therapieansätze Einzug in die Psychiatrie (Ackerknecht 1985). Ebenso wurden soziale Aspekte psychischer Erkrankungen zunehmend beachtet. In den 20er- und 30er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurden erstmalig sozialpsychiatrische Fürsorgestellen in Deutschland gegründet um die ambulante Behandlung psychisch kranker Menschen zu verbessern und sozial zu begleiten. Diese Einrichtungen wurden jedoch kurze Zeit später durch das nationalsozialistische Regime missbraucht. Die Fürsorgestellen wurden zu Instrumenten des nationalsozialistischen Staates, in dem psychisch Kranke zu Zehntausenden getötet und zu Hunderttausenden zwangssterilisiert wurden. Die deutsche Psychiatrie verlor über Jahrzehnte den Anschluss an die internationale Entwicklung (Eikelmann 2000).

In der Nachkriegszeit setzten sich vor allem in den angloamerikanischen Staaten und Skandinavien neue sozialpsychiatrische Konzepte bei der Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen durch (Eikelmann und Reker 1996). Es wurde begonnen, die wohnortfernen psychiatrischen Großkrankenhäuser zu verkleinern oder zu schließen und durch wohnortnahe stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen zu ergänzen bzw. zu ersetzen (Becker 1998). Es wird von einer „Psychiatisierung“ der Gesellschaft gesprochen: „Die Nachkriegsmodernisierung der Psychiatrie war weder eine bloße Rationalisierung aus finanziellen Spargründen noch eine alleinige Folge der Psychopharmakologie: Es war die Generalisation einer sozio-politischen Entwicklung, deren Wurzeln in einer 50-jährigen Zeitspanne angelegt worden waren.“ (Nikolas Rose 2001). Die Grenzen der psychiatrischen Institutionen wurden gesprengt (Rose 2001).

Von dieser internationalen Entwicklung war Deutschland durch die Jahre der nationalsozialistischen Herrschaft und der Nachkriegszeit wie abgekoppelt (Eikelmann 2000). In der Bundesrepublik Deutschland wurde der Paradigmenwechsel von der institutionszentrierten zur personenzentrierten Psychiatrie durch die Reformvorschläge der Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975) initiiert. Als Hauptziel dieses Berichts wurde die Ablösung der gemeindefernen Institutionspsychiatrie durch ein in die Gemeinden integriertes, vielschichtig gegliedertes und personenzentriertes psychiatrisches Netzwerk formuliert. Dieses Ziel wurde in den Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG 1988) und der Psychiatriepersonalverordnung (Kunze und Kaltenbach 1996) weiter differenziert.

Ähnliche Reformbestrebungen gab es auch in der ehemaligen DDR. 1983 wurde in den „Rode-wischer Thesen“ ein komplexes und vielgliederiges Behandlungskonzept im Herkunftsraum des Patienten gefordert. Jedoch verhinderten vor allem der finanzielle Mangel und ideologische Schranken eine weitreichende Umsetzung der progressiven Ansätze (Waldmann 1998). Im stationären Bereich blieb es, aufgrund der fehlenden Wohnangebote für psychisch kranke Menschen außerhalb der Kliniken, bei der „verwahrenden Psychiatrie“. Durch die einheitliche Finanzierung des DDR-Gesundheitswesens konnte die Vernetzung ambulanter, komplementärer und stationärer Angebote, soweit vorhanden, gewährleistet werden. Es bestand eine Einheit von medizinischer Behandlung und nachfolgender Rehabilitation (Waldmann 1998).

Die umfassenden gesellschaftlichen Umbrüche in Folge der Wiedervereinigung der beiden deut-schen Staaten 1989/1990 führten in der ehemaligen DDR zu massiven strukturellen Ver-änderungen auch im Bereich der psychiatrischen Krankenversorgung. Auch in den neuen Bundes-ländern begann nun die Umsetzung der Forderungen der Psychiatrie-Enquete, der Empfehlungen der Expertenkommission und der Psychiatriepersonalverordnung.

2.2 Grundlagen der Gemeindepsychiatrie

2.2.1 Allgemeine Einführung

Durch die Reformprozesse in der psychiatrischen Krankenversorgung in den letzten drei Jahrzehnten hat die Anzahl der an der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung eines Landes beteiligten Einrichtungen, Personen, Berufsgruppen, Kosten- und Versicherungsträger und Interessenverbände zugenommen. Jede der beteiligten Gruppen formuliert eigene und zum Teil voneinander sehr verschiedene Anforderungen an die Struktur und Qualität psychiatrischer Versorgung (Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe e.V. 1999, Ernst 1998, Slade und Glover 2001). Für alle Gruppen steht der medizinisch-therapeutische Auftrag an die Psychiatrie im Zentrum der Bemühungen.

Die Psychiatrie hat daneben aber auch den Auftrag der Wahrung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung. Darin besteht ein entscheidender Unterschied zu anderen Disziplinen der Medizin und die besondere gesellschaftliche Bedeutung des Fachgebietes (Wulff 1998). Kein anderes medizinisches Fachgebiet ist von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und deren Wandel in dem Maße abhängig wie die Psychiatrie (Weise 1998, Ernst 1998, Rose 2001). Daher erscheint es besonders wichtig, wissenschaftlich validierte Versorgungsstrukturen zu entwickeln und zu etablieren.

2.2.2 Epidemiologische Vorbemerkungen

Epidemiologie ist die bevölkerungsbezogene Untersuchung aller Aspekte, die mit Krankheit und Erkrankung zusammenhängen. Epidemiologie kann das Auftreten von Krankheiten in Bezug auf Bevölkerung, Ort und Zeit beschreiben (Lewis 2001). Wichtige Größen für epidemiologische Erhebungen sind die Inzidenz (Anzahl der neuerkrankten Personen in einer bestimmten Zeit) und die Prävalenz (Anzahl erkrankter Personen in einer bestimmten Zeit) einer Erkrankung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Repräsentativ heißt dabei in Alter, Geschlecht und sozialer Zusammensetzung der Gesamtbevölkerung entsprechend. Bei der Prävalenz kann es sich je nach Fragestellung um die Anzahl erkrankter Personen an einem Stichtag, in einem Monat oder während eines Jahres handeln. Die Jahresprävalenz umfasst alle Personen, die innerhalb eines Jahres für eine definierte und sozial ins Gewicht fallende Zeitspanne an der betreffenden Krankheit gelitten haben und wird in psychiatrischen epidemiologischen Studien vorwiegend betrachtet. Die Inzidenz und Prävalenz sind deskriptive Daten, die für Versorgungsplanung von entscheidender Bedeutung sind.

Eine im deutschen Sprachraum oft zitierte epidemiologische Studie zur psychiatrischen Morbidität der Bevölkerung ist die Traunsteiner Studie von Dilling et al. (1984). In dieser Studie wurde an einer repräsentativen Stichprobe von 1536 erwachsenen Probanden eine Jahresprävalenz seelischer Störungen mit Krankheitswert von 24,1% gefunden. Davon wurden 17,8% als „leichter“ bzw. behandlungsbedürftig durch einen Allgemeinarzt, 5,9% als „schwerer“ bzw. behandlungsbedürftig durch einen Nervenarzt und 0,4% als „schwer“ bzw. psychiatrisch hospitalisierungsbedürftig eingestuft. Ähnliche Ergebnisse wurden auch in anderen Untersuchungen in anderen Ländern gefunden (z.B. Goldberg und Huxley 1980, Bland et al. 1988). Ernst (1998) führte hierzu weiter aus, dass sich in zahlreichen Studien weltweit eine Ubiquität der psychopathologischen Kernsyndrome gezeigt hat. Zum Beispiel liegt das Lebenszeitrisiko an einer Schizophrenie zu erkranken weltweit bei etwa 1 Prozent. Der Autor folgerte daraus: „Die Art der Versorgung wandelt sich mit dem Wandel der Technologien und Ideologien, die Notwendigkeit der Versorgung bleibt sich gleich“. Murray und Lopez (1996) vertraten die These, dass psychische Erkrankungen einen erheblichen Anteil an der weltweiten Morbidität haben und in den nächsten Jahren noch zunehmen werden.

Dabei wurde in aktuelleren Diskussionen vor allem von Blazer und Kaplan (2000) darauf hingewiesen, dass bei den epidemiologischen Erhebungen die Diagnosesicherheit, mit der die Einschätzung erfolgte, ob eine Erkrankung vorliegt oder nicht, nicht nur vom verwendeten Erhebungsbogen, sondern auch von der klinischen Erfahrung der erhebenden Person und den gerade gültigen Diagnosekriterien abhängt. Ein besonderes Interesse bezog sich auf die Fortschreibung älterer epidemiologischer Studien. So versuchten Narrow et al. (2002) in der

revidierten Auswertung der ECA-Studie (Epidemiologic Catchment Area Study, Regier et al. 1990) und des NCS (National Comorbidity Survey, Kessler et al. 1996) die Plausibilität und Relevanz der Daten besser zu kontrollieren. Die Häufigkeitszahlen der Ergebnisse in den genannten Studien mussten in dieser Revision deutlich „nach unten“ korrigiert werden. Dohrenwend (1995) bemerkte zu den auftretenden Schwierigkeiten mit den verwendeten Erhebungsinstrumenten, die das Ergebnis der Häufigkeiten der einzelnen Studien erheblich beeinflussen, dass die Interraterreliabilität gegenüber der Validität der Instrumente nicht gut war. So schätzte der Autor immerhin 50% der gestellten Diagnosen als zweifelhaft ein. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kamen Brugha et al. (2001) in einer Vergleichstudie zwischen den Instrumenten (Auto-)CIDI und SCAN. Hier waren die Übereinstimmungen zwischen den Ergebnissen beider Instrumente selbst bei Diagnosen wie „unipolare Depression“ und „Angststörung“ ungenügend. Ein Fazit der Autoren war daher, klinische Plausibilitätskontrollen bei epidemiologischen Erhebungen zu fordern (Brieger, im Druck).

2.2.3 Bedeutung und Folgen psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung

Gesundheit ist laut WHO „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (nach Ernst 1998). 1980 entwarf die WHO ein Rahmenwerk, die ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps 1995), um Folgen von Erkrankung zu beschreiben. In epidemiologischen Studien hatte sich gezeigt, dass allein aus der Häufigkeit von bestimmten Diagnosen in der Bevölkerung der Bedarf an Gesundheitsversorgung nicht abgeschätzt werden kann. In dem WHO Rahmenwerk wurden vor allem die Dauer der Krankenhausaufenthalte, die Betreuungsintensität und das Behandlungsergebnis in der Bewertungsskala berücksichtigt (Jenkins und Singh 2001). Es ergaben sich drei Ebenen der Erkrankungsfolgen, die in Tabelle 2.1 zusammengefasst dargestellt werden.

Tabelle 2.1 ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

Impairment	Verletzung oder Störung einer psychischen, physischen oder anatomischen Struktur oder Funktion (<i>krankheitsbedingte Schädigung</i>)
Disability	Einschränkung oder Verlust des Aktivitätsgrades, welcher für einen Menschen als normal angenommen wird, infolge eines Funktionsverlustes (<i>durch krankheitsbedingte Schädigung hervorgerufene Behinderungen und Funktionsausfälle</i>)
Handicap	Benachteiligung eines Individuums als Folge einer Verletzung oder Einschränkung, die eine Erfüllung und Bewältigung der Rolle, die dem Alter, dem Geschlecht, der sozialen und kulturellen Dimension dieses Individuums entspräche, beschränkt oder verhindert (<i>Beeinträchtigungen im sozialen Bereich durch Behinderungen und Funktionsausfälle in Folge krankheitsbedingter Schädigung</i>)

Das Rahmenwerk wurde 2001 von der WHO erneut überarbeitet, um die fortschreitenden Erkenntnisse in Hinblick auf die psychosoziale Bedeutung von Behinderungen stärker zu berücksichtigen. So wurden im bio-psychosozialen Model der neueren Überarbeitung, der ICF

(International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>), die Begriffe *Disability* und *Handicap* durch *Activity* und *Participation* ersetzt und somit erweitert.

Activity beinhaltet alle komplexen Fähigkeiten und Verhaltensweisen eines Individuums. *Activity limitation* (vorher *Disability*) steht für die Schwierigkeiten der Person, bei der Durchführung, Erfüllung oder Vollendung einer Aktivität im Lebensumfeld. Es sind auch die Schwierigkeiten eingeschlossen, die nicht durch die Person sondern durch gesellschaftliche Bedingungen im Lebensumfeld der Person bestimmt werden.

Participation steht für die Interaktionen der Schädigung (*Impairment*) und der Behinderung (*Disability*) mit kontextuellen Faktoren, die sich aus der sozialen und der physikalischen Umwelt sowie den persönlichen Faktoren ergeben. Die *Participation restriction* (vorher *Handicap*) ist die Benachteiligung einer Person mit einer Störung und Behinderung, die durch Gegebenheiten der Umgebung verursacht oder verstärkt wird. Es ist damit insbesondere auch die Benachteiligung durch gesellschaftliche Stigmatisierung eingeschlossen.

Für viele psychische Erkrankungen wurde gezeigt, dass der damit einhergehende Beeinträchtigungs- und Behinderungsgrad und der daraus resultierende Hilfebedarf nicht allein von der Diagnose sondern von der Kombination mit anderen Variablen wie Schwere und Dauer der Erkrankung und soziodemographischen Daten abhängig sind. In drei großen Studien, der WHO-Studie über psychische Erkrankungen in der Allgemeinmedizin (Ustun und Sartorius 1995), der australischen nationalen Erhebung zur psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden (Australien Bureau of Statistics 1997) und der OPCS Erhebung zur psychiatrischen Morbidität in Grossbritannien (Office of Population Census and Surveys 1993, zitiert nach Jenkins und Singh 2001), wurden diese Feststellungen bestätigt. Es zeigte sich, dass psychische Störungen mit einem relativ hohen Behinderungsgrad verbunden sind (zitiert nach Jenkins und Singh 2001). Zusammenfassend kann aus den genannten drei Erhebungen geschlussfolgert werden, dass:

- Psychische Störungen vom „Neurosetyp“ eine hohe Prävalenz in der Bevölkerung und unter Patienten der allgemeinärztlichen Praxen haben,
- Psychische Störungen vom „Neurosetyp“ mit einem erheblichen Behinderungsgrad verbunden sind,
- Wenn eine zusätzliche psychiatrische Komorbidität besteht, der Behinderungsgrad erheblich verstärkt wird. (nach Jenkins und Singh 2001)

Wird weiter berücksichtigt, dass die Bedürfnisse suchtkranker Menschen ganz wesentlich von den Bedürfnissen der an einer Psychose oder Schizophrenie leidenden Menschen und diese wiederum von denen affektiv erkrankter Menschen verschieden sind, ergeben sich daraus wichtige

Implikationen für die Anforderungen, die an ein psychiatrisches Versorgungsnetzwerk gestellt werden müssen.

2.2.4 Grundprinzipien der gemeindepsychiatrischen Versorgung

„Eine gemeindepsychiatrische Versorgung verfügt über die ganze Bandbreite effektiver psychiatrischer Dienste und Einrichtungen für eine definierte Bevölkerung und hat die Aufgabe, Menschen mit psychischen Störungen zu behandeln und zu helfen in dem Umfang, den ihr Leiden oder ihre Störung erfordert.“ (Thornicroft und Tansella 1999).

Fundamentale Prinzipien für die psychiatrische Versorgung sind nach Tansella und Thornicroft (2001) als Vermittlungsbasis zwischen verschiedenen Interessengruppen notwendig. Außerdem werden sie benötigt, um Rahmenbedingungen zu schaffen, die sowohl dem Schutz der Menschen- und Bürgerrechte des Einzelnen als auch der Gemeinschaft im Ganzen dienen. Diese fundamentalen Prinzipien entsprechen Leitbildern, die jedem an der Versorgung psychisch kranker Menschen Beteiligten besonders bewusst sein sollten. Dies sind im Einzelnen: Offen und ehrlich zu sein, respektvoll und freundlich jedem gegenüber zu treten, gerecht und verhältnismäßig mit den Ressourcen umzugehen und bereit zu sein, zu lernen und sich zu ändern. Maxwell (1984) beurteilt die Qualität der psychiatrischen Versorgung in sechs Dimensionen: *Erreichbarkeit, Bedarfsrelevanz, Effektivität, Gleichbehandlung, soziale Akzeptanz und Effizienz des Dienstes*. Darauf aufbauend haben Tansella und Thornicroft (2001) neun Qualitäts-Prinzipien entwickelt, die entsprechend ihrer englischen Anfangsbuchstaben auch „Die drei ACE’s“ genannt werden. Diese sind Tabelle 2.2 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 2.1 Prinzipien der gemeindepsychiatrischen Versorgung, „Die drei ACE’s“ nach Tansella und Thornicroft (2001)

• Autonomy	<i>Autonomie oder Selbstbestimmung des Patienten/Klienten</i> ; Sollte Ziel einer effektiven Behandlung und Betreuung sein.
• Continuity	<i>Kontinuität</i> ; Die Möglichkeit eines relevanten Dienstes zum einen, eine kontinuierliche Betreuung durch eine ununterbrochene Reihe von Kontakten im eigenen Team, aber auch zu anderen Einrichtungen (Kreuzkontinuität) über einen bestimmten Zeitraum zu leisten (Längskontinuität).
• Effectiveness	<i>Effektivität</i> ; Das Ausmaß mit dem eine bestimmte Intervention unter allgemein anwendbaren klinischen Umständen, das erreicht, was erreicht werden soll.
• Accessibility	<i>Erreichbarkeit/Zugänglichkeit</i> des Dienstes; Ermöglicht Patienten/Klienten/Betreuern Hilfe dann und dort zu erhalten, wo sie benötigt wird.
• Comprehensiveness	<i>Umfassendes Angebot des Dienstes</i> ; Betrifft sowohl die Intensität (vertikale C.) als auch den Umfang des Leistungsangebotes (horizontale C.).
• Equity	<i>Gleichbehandlung</i> ; Gerechte, transparente und spezifische Verteilung der Ressourcen.

<ul style="list-style-type: none"> • Accountability 	<i>Zuverlässigkeit</i> sowohl auf Patienten/Klienten- als auch auf Behandler-/Betreuerebene; Berücksichtigt die komplexen Interaktionen und Beziehungen zwischen Patienten/Klienten, Angehörigen und der Allgemeinheit, die berechnete Erwartungen an die Verantwortlichkeit des Dienstes stellen können.
<ul style="list-style-type: none"> • Co-ordination 	<i>Koordination</i> der Behandlung/Betreuung; Erfordert klare Behandlungsziele und die daraus resultierenden notwendigen Interventionen zum einen innerhalb eines Teams, zum anderen mit anderen Diensten (Kreuzkoordination), sowohl während einer akuten Erkrankungs-episode als auch während der Dauerbetreuung (Längskoordination).
<ul style="list-style-type: none"> • Efficiency 	<i>Effizienz</i> eines Dienstes; Minimiert benötigte Mittel zum Erreichen eines definierten Behandlungsergebnisses oder maximiert das Behandlungsergebnis bei definierten Mitteln.

Diese Qualitätsprinzipien sind auf jeden Dienst anwendbar und bilden einen Rahmen für die Planung, Bereitstellung und Evaluation psychiatrischer Versorgung. Sie erfassen neben dem evidenz-basierten Ansatz auch die ethisch-basierten Aspekte der Beurteilung der psychiatrischen Versorgungssysteme (Tansella und Thornicroft 2001).

In Deutschland hat sich seit der Psychiatrieenquête (Deutscher Bundestag 1975) und den Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG 1988) ein weitgehender Konsens über die grundlegenden Ziele der weiteren Entwicklung der psychiatrischen Versorgung gebildet. Diese sind nach Schröder (2002):

1. Stärkere Orientierung am Bedarf der Patienten/Klienten
2. „Normalisierung“ und Integration der psychiatrischen Versorgung in der Gemeinde
3. Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker
4. Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung
5. Koordinierung der psychiatrischen Versorgung.

Im Folgenden soll kurz auf die einzelnen Ziele eingegangen werden, wobei größtenteils auf die Ausführungen von Schröder (2002) zurückgegriffen wird.

1. Stärkere Orientierung am Patienten

Hier fordern die Psychiatrieenquête 1975 und die Empfehlungen der Expertenkommission 1988 eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen. Dies soll zum einen durch eine ausreichende Anzahl miteinander kooperierender Dienste für alle Kategorien des Hilfebedarfs und zum anderen durch genügend und qualifiziertes Personal in den Einrichtungen gewährleistet werden. Dabei soll eine größtmögliche Unabhängigkeit des einzelnen Patienten/Klienten erreicht werden. Die Versorgung hat sich am Bedarf und den Bedürfnissen der

Patienten und Klienten zu orientieren und nicht an den Möglichkeiten und Grenzen der Versorgungseinrichtungen. (Schräder 2002)

2. „Normalisierung“ und Integration der psychiatrischen Versorgung in der Gemeinde

Die Gemeindenähe der psychiatrischen Versorgung beinhaltet nach der Psychiatrieenquete die Versorgung eines überschaubaren Bereichs mit begrenzter Bevölkerungszahl, die Behandlung im Lebensumfeld des Patienten, damit soziale Bindungen aufrechterhalten werden können, und die Erreichbarkeit des Behandlungsortes innerhalb einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Wohnort des Patienten gegeben ist. Dass der Entfernung des Behandlungsortes vom Wohnort eine besondere Bedeutung zukommt, konnten Meise et al. (1996) in ihrer Untersuchung zur Standortqualität psychiatrischer Einrichtungen nachweisen. Sie fanden, dass die Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen nachließ, wenn diese nicht in 30 bis 45 Minuten vom Wohnort des Patienten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden konnte. Die Autoren führen den Begriff der „kritischen Distanzschwelle“ ein und postulieren, dass die kritische Distanzschwelle zwischen Wohn- und Behandlungsort bei einer Wegzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln zwischen 30 und 45 Minuten liegt (Meise et al. 1996).

Ein Mittel zum Erreichen der Gemeindenähe ist die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung. Ein überschaubares und definiertes Gebiet, im Sinne eines geographischen Sektors, mit einer bestimmten Einwohnerzahl ermöglicht die Vernetzung verschiedener ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote unter einheitlicher Verantwortung und ein ausreichendes gegenseitiges Kennen der Bevölkerung, der psychiatrischen Einrichtungen und anderer Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens (Hell 1998).

Die Integration der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in der Gemeinde bedeutet nicht automatisch eine stärkere Teilhabe psychisch kranker Menschen am gesellschaftlichen Leben. Viele chronisch psychisch kranke Menschen leben isoliert in ihren Zimmern, Wohnungen und Heimen in der Gemeinde (Finzen 1995). Eine erfolgreiche Integration psychisch kranker Menschen in die Gemeinde hängt ganz wesentlich von der Einstellung der Bevölkerung zur psychiatrischen Versorgung und zu psychisch kranken Menschen ab (Rössler und Salize 1995). Vorurteile und eine ablehnende Haltung der breiteren Bevölkerung treten vor allem dort auf, wo die Menschen wenig oder keinen persönlichen Kontakt mit psychisch kranken Menschen in der Vergangenheit hatten (Rössler und Salize 1995a, Ernst 1998). Angermeyer und Matschinger (1996) untersuchten die soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen. Die Befragten sollten anhand von sogenannten „Distanzitems“ ihre Einstellung zu psychisch kranken Menschen einschätzen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die von den Befragten gewünschte soziale Distanz gegenüber psychisch kranken Menschen verringerte, wenn

persönliche Erfahrungen mit psychisch kranken Menschen in der Vergangenheit vorhanden waren. Ernst (1998) merkt dazu an: „Unheimlich wirkt vor allem, was selten sichtbar wird.“. Als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen empirischer Studien zu diesem Thema formulierten Rössler und Salize (1995a): „Eine dauerhafte Steigerung des Ansehens der Psychiatrie und eine besseren Akzeptanz psychisch Kranker in der Bevölkerung muss jedoch auf der Primärebene beginnen und kann daher nur die objektive Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und der Lebensbedingungen der psychisch Kranken selbst bedeuten.“

3. Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker

In der Psychiatrieenquête wird die Aufhebung sowohl der räumlichen als auch der strukturellen Trennung der Versorgung psychisch Kranker von der somatischen medizinischen Versorgung und damit die Integration der psychiatrischen Versorgung in das allgemeine Gesundheitswesen und die Gleichstellung psychisch und somatisch erkrankter Menschen gefordert. Zum einen soll dies durch die Schaffung räumlich integrierter psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und zum anderen durch eine Änderung der sozialrechtlichen Grundlagen der Rehabilitation psychischer Erkrankungen erreicht werden.

Ein großes Problem bei der Änderung der sozialrechtlichen Grundlagen liegt in der Überwindung der sozialrechtlichen Teilung des sozialen Sicherungssystems in eine medizinische, schulische, berufliche und soziale Säule der Rehabilitation. Psychische Krankheiten haben oft eine Beeinträchtigung zur Folge, die sozusagen „quer“ zu dieser „Versäulung“ liegt. Dementsprechend kann die „medizinische Rehabilitation“ psychisch kranker Menschen in diesem Modell nur schwer definiert werden (Berger 1999). Es gilt vielmehr pharmako-, psycho- und soziotherapeutische Elemente sinnvoll zu verbinden und in einem Gesamtbehandlungsplan zu integrieren (Eikelmann 2000).

Im stationären Bereich hat sich die Mehrdimensionalität in der Therapie und der Rehabilitation psychisch kranker Menschen durchgesetzt (Reumschlüssel-Wienert 1995, Rössler 1996a, Schröder 2002). Im außerklinischen Bereich herrscht jedoch weiter Uneinigkeit bei der Übernahme der Kosten. Die gesetzlichen Krankenversicherungen betonen, dass die sozialen Funktionseinschränkungen psychisch kranker Menschen in das Aufgabenfeld der Sozialversicherungen fallen. Die Sozialversicherungen ihrerseits heben hervor, dass die sozialen Beeinträchtigungen psychisch kranker Menschen als unmittelbare Erkrankungsfolgen zu sehen sind und somit in der Verantwortlichkeit der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen liegen. Eine außerklinische Rehabilitation psychisch kranker Menschen wird oft nur durch die

Übernahme der Regelfinanzierung durch die Sozialämter möglich, die eigentlich systemfremd ist (Reumschlüssel-Wienert 1995, Reumschlüssel-Wienert 1997).

4. Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung

Die Psychiatrieenquete formulierte 1975 die Forderungen nach dem Abbau der stationären Bettenzahlen, dem Ausbau des extramuralen Heimbereiches und der Schaffung teilstationärer und ambulanter Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen. Seither hat sich die Zahl der stationären Betten von 180 (1970) auf 80 (1994) je 100.000 Einwohner (EW) verringert. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer der Patienten verkürzte sich von 210 auf 30 Tage (Häfner 2000).

In zahlreichen internationalen Studien wurden die Folgen des Bettenabbaus untersucht (Schräder 2002). In der überwiegenden Zahl wurde die mit dem Bettenabbau einhergehende Enthospitalisierung der Patienten sowohl von den ehemaligen Patienten als auch von deren Angehörigen positiv hinsichtlich sozialer Funktionsfähigkeit, Lebenszufriedenheit, psychopathologischer Symptomatik und anderer ergebnisorientierter Parameter bewertet (Ernst 1998, Becker 1995 und 1998).

Kontrovers wurde jedoch die Forderung nach dem Auf- und Ausbau eines extramuralen Heimbereiches diskutiert. Kritiker dieses Konzeptes bemängelten, dass gemeindenahе Wohnangebote fehlten und ca. 70 bis 80% der Langzeitpatienten lediglich in andere Heime verlegt wurden und damit „uminstitutionalisiert“ worden seien (Dörner 1997). Diese Strategie sei auch von den, um ihr Überleben kämpfenden Großkrankenhäusern durch die Einrichtung von Heimen auf ihrem Gelände gefördert worden (Schräder 2002).

Dagegen wenden weniger vehemente Verfechter der Deinstitutionalisierung ein, dass es immer auch eine Gruppe von Patienten geben wird, für die ein Wohn- und Betreuungsangebot in der Gemeinde nicht ausreichen wird (Schräder 2002). Es handelt sich hierbei um die sogenannten „neuen chronisch Kranken“, für die eine mittel- und langfristige Rehabilitation in den dafür ausgestatteten Bereichen der ehemaligen Landeskrankenhäuser durchaus eine gute Lösung darstellen würden (Häfner 2000).

Zusammenfassend bemerken Kruckenberg et al. (1998) zu diesem Themenkomplex: „Die Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung wird oft dadurch behindert, dass es wesentlich einfacher ist, ein für einen Patienten erforderliches Bündel an Leistungen stationär vorzuhalten, als eine Komplexleistung komplementär so zu organisieren, dass die Person in der eigenen Wohnung ausreichend gefördert werden kann.“ Hier besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem fachpolitisch formulierten Ziel „Ambulant vor Stationär“ und der Versorgungsrealität „Stationär vor Ambulant“.

5. Koordination und Kooperation

Nach den Leitlinien der Psychiatrieenquete (Deutscher Bundestag 1975) sollten die Leistungen der psychiatrischen Krankenversorgung sowohl auf der Ebene des Einzelfalls als auch auf der Ebene der Institutionen und Einrichtungen miteinander koordiniert werden. Darüber hinaus sollte auch eine enge Zusammenarbeit der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen mit anderen Leistungserbringern auf psychosozialer Ebene angestrebt werden. Zur Durchsetzung dieser Forderungen empfahl die Expertenkommission (BMJFFG 1988) den Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Dieser sollte aus einem aufsuchenden ambulanten Dienst, einer Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion und einer Tagestätte bestehen. Die Koordination und Steuerung sollte durch ein Leitungsgremium, den Psychiatriebeirat, der sich aus Vertretern der Einrichtungsträger, der zuständigen kommunalen Ämter, der stationären Einrichtungen, der niedergelassenen Ärzte, der Angehörigenverbände und kommunaler Mandatsträger zusammensetzen sollte, übernommen werden (Schräder 2002, Kulenkampff 1990).

Zusätzlich wurde von der Expertenkommission (BMJFFG 1988) die Einrichtung einer Koordinationsstelle im Bereich der übergeordneten Gebietskörperschaften empfohlen. Diese sollte unter anderem die regionalen Versorgungsstrukturen regelmäßig erheben.

Das Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbundes wurde von Kruckenberg et al. (1998) erweitert. Danach sollten auch Einrichtungen und Leistungen zur Selbstversorgung, Arbeit, Ausbildung und der teilstationären und stationären Behandlungen miteingeschlossen werden. Die übergreifenden Leistungsstrukturen sollten auf der Basis einer vertraglichen Trägerstruktur etwa einer GmbH, eines Vereines oder eines Zweckverbandes gewährleistet werden. Die Umsetzung dieser Forderung bedarf großer Anstrengungen von allen beteiligten Berufs- und Interessengruppen. Erste Erfahrungen liegen mittlerweile in Frankfurt a. M. vor, wo ein gemeindepsychiatrischer Verbund die Versorgungsverpflichtung für die Stadt übernommen hat (Kirschenbauer 2002).

Die genannten fundamentalen Grundprinzipien, Qualitätsmerkmale und Forderungen der Psychiatrieenquete (Deutscher Bundestag 1975) und der Expertenkommission (BMJFFG 1988) zeigen, welche komplexen Aufgaben von einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgung erfüllt werden sollten. Dass die Umsetzung dieser Ziele ein langwieriger Prozess ist, haben die vergangenen Jahrzehnte gezeigt (Becker und Vazquez-Barquero 2001, Rutz 2001). Der Enthusiasmus bestimmter beruflicher und politischer Interessengruppen und Verbände hatte in der Vergangenheit einen großen Einfluss auf die Reformen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland (Bauer et al. 2001). Um diese Fortschritte weitgehend in allen Regionen

Deutschlands in die Versorgungsrealität umzusetzen und zu gewährleisten, bedarf es einer suffizienten psychiatrischen Versorgungsplanung.

2.2.5 Grundzüge der psychiatrischen Versorgungsplanung

Die Veränderungen der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, die in den letzten Jahrzehnten erreicht wurden, bedürfen einer ständigen Beurteilung. Um Tendenzen, Erfordernisse, eventuelle Fehlentwicklungen und Auswirkungen der Strukturveränderungen erfassen und steuernd in die weitere Entwicklung der Versorgungsstrukturen eingreifen zu können, ist eine Versorgungsforschung und Versorgungsplanung erforderlich (Becker und Johnson 1998).

Der Planungsprozess für eine psychiatrische Versorgung sollte nach Thornicroft und Tansella (2001) sieben Stufen umfassen. Diese sind: Entwicklung der Versorgungsprinzipien; Festlegung der Rahmenbedingungen; Bestimmung des Bevölkerungsbedarfes; Bestimmung des bestehenden Angebotes; Aufstellung eines Strategieplanes auf lokaler Ebene; Aufbau und Einbindung fehlender Versorgungsstrukturen auf lokaler Ebene und schließlich ein Monitoring und nötigenfalls eine Überarbeitung des Konzeptes.

Bei der Ermittlung des bestehenden Angebotes sollte zum einen eine bestmögliche Beschreibung der bestehenden Dienste (Versorgungsstruktur) und zum anderen die Beschreibung der Nutzung der Angebote (Versorgungsfunktion) erfolgen. Bei der Versorgungsstruktur verdienen die Zusammenhänge zwischen angebotenen Einrichtungen und Nutzungsverhalten durch die Bevölkerung besonderer Beachtung (Thornicroft und Tansella 2001). Existiert eine bestimmte Versorgungseinrichtung, zum Beispiel ein ambulanter Kriseninterventionsdienst, nicht, kann diese auch nicht genutzt werden. Wird nun eine solche Einrichtung neu geschaffen, kann es sein, dass der gewünschte Effekt, zum Beispiel eine Verringerung der stationären Aufnahmezeiten, ausbleibt. Dieser Fall bedeutet aber nicht, dass ein neuer Bedarf erzeugt wurde, sondern eher, dass ein vorbestehender Bedarf aufgedeckt wurde (Ernst 1998).

Einen weiteren wichtigen Einflussfaktor auf das Nutzungsverhalten hat die Einwohnerdichte einer Region. Dies gilt vor allem für stationäre Einrichtungen. Nach der Jarvis' Regel werden in psychiatrischen Kliniken aus der Klinik nahe gelegenen Gebieten je 1.000 EW mehr Patienten eingewiesen als aus der Ferne. Die Hemmschwelle zur stationären Einweisung und die Verweildauer während des einzelnen stationären Aufenthaltes nimmt mit der Entfernung des Wohnortes des Patienten von der Klinik zu. In dicht besiedelten Gebieten führt die geringere Einweisungshemmung und die kürzere Verweildauer der Patienten aus der Umgebung der Klinik zu einem sogenannten „Drehtüreffekt“ (Weyerer und Dilling 1978). Weyerer und Dilling (1978) schlussfolgern daraus, dass in dichtbesiedelten Regionen die geringere Einweisungshemmung, in

dünnbesiedelten Regionen die höhere Entlassungshemmung den Bettenbedarf zu steigern scheint (zitiert nach Ernst 1998).

Weiterhin beeinflussen die bestehenden Versorgungsangebote einer Region das Nutzungsverhalten, da sie die Erfahrungen der Nutzer bestimmen und alternative Angebotsstrukturen bei Betroffenen oft nicht bekannt sind. Strukturelle und dynamische Aspekte müssten schon in der Planung simultan beachtet werden (Thornicroft und Tansella 2001).

Thornicroft und Tansella (2001) weisen auf zwei unterschiedliche Versorgungsplanungsansätze hin, den segmentalen und den systemischen Planungsansatz. Beim segmentalen Planungsansatz wird für jede strukturelle Versorgungseinrichtung ein eigener Ansatz mit spezifischen Planungsmöglichkeiten angenommen. Der Nachteil ist eine auf das eigene Versorgungssegment reduzierte Sichtweise. Die Vorteile sind die genaue Kenntnis der lokalen Gegebenheiten und ein relativ hohes Maß an Flexibilität, auf Veränderungen zu reagieren. Beim systemischen Planungsansatz werden alle Einzelkomponenten des Versorgungsnetzes als Teil eines Gesamtkonzeptes angesehen und somit die Interaktionen zwischen den Komponenten berücksichtigt. Um das Konstrukt des systemischen Planungsansatzes näher zu beschreiben, bedienen sich die Autoren eines „hydraulischen Modells“. Die Änderung einer Komponente hat direkte oder indirekte Auswirkungen auf alle anderen Komponenten. Eine umfassende Versorgungsplanung sollte immer die gesamte Versorgungssituation berücksichtigen, um die vorhandenen Ressourcen bestmöglich einzusetzen (Thornicroft und Tansella 2001).

2.3 Komponenten des gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes

Die Bewertung der Bedeutung der einzelnen Versorgungskomponenten ist schwierig. Eine solche Bewertung ist jedoch notwendig, will man die vorhandenen Ressourcen möglichst sinnvoll einsetzen (Burns 2001). Wahrscheinlich wird es nie genug Mittel für die psychiatrische Versorgung aus der jeweiligen Sicht der einzelnen Berufsgruppen geben (Slade und Glover 2001).

Burns (2001) schlägt deshalb die Beachtung essentieller Forderungen vor. Erstens sollte eingeschätzt werden, welche Lücken in der Versorgungsstruktur bestehen und welche davon am dringlichsten geschlossen werden sollten. Die Dringlichkeit ergibt sich daraus, für welche Fälle am dringlichsten ein Versorgungsbedarf besteht oder wo der größte Schaden entsteht, wenn keine Versorgung angeboten wird. Zweitens sollten mögliche Langzeitbehinderungen, die durch psychische Erkrankungen oder der Behandlung solcher Erkrankungen hervorgerufen werden, vermieden werden. Drittens muss der Schutz der Öffentlichkeit und der Allgemeinheit gewährleistet sein. Die Berücksichtigung der letzten Forderung trägt zur Reduzierung des mit psychischer Erkrankung einhergehenden Stigmas bei und fördert den Erhalt

der Solidarität der Allgemeinheit mit psychisch kranken Menschen. Wenn versorgende Dienste in ihrer Bedeutung eingeschätzt werden, muss der Bedarf, der gedeckt wird, und nicht die Ressourcen, die ersetzt werden sollen, betrachtet werden. (Burns 2001).

Im Folgenden sollen die „idealen“ Komponenten und ihre Aufgaben im gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz vorgestellt werden. Nach dem systemischen Planungs- und Versorgungsansatz kann das Fehlen einer Komponente zur Überlastung des Versorgungssystems an anderer Stelle führen (Thornicroft und Tansella 2001).

2.3.1 Psychiatrische Notdienste

Medizinische Notaufnahmestellen sind die einzigen medizinischen Einrichtungen, die jeden Patienten, der sich selbst vorstellt oder vorgestellt wird, untersuchen und eine Basisbehandlung angeeignen lassen. Sie sind somit der einzige, garantierte Zugang zum Gesundheitswesen für jedermann (Breslow 2001).

In der Bundesrepublik Deutschland wird die Krisen- und Notfallversorgung fast vollständig von ambulanten bzw. ambulant-stationären Einrichtungen getragen (Rössler 1996a).

Auf funktioneller Ebene muss bei notwendigen Interventionen aufgrund psychiatrischer Notfälle und Krisen nach der Dringlichkeit der Intervention unterschieden werden. Sind sofortige Maßnahmen bei schweren psychischen Krisen erforderlich, wird ein zu jeder Tag- und Nachtzeit verfügbarer spezialisierter Dienst in einer zumutbaren Entfernung benötigt. Bei weniger schweren Krisen kann „rechtzeitige“ Hilfe, die von jeder psychiatrischen Einrichtung mit regulären Öffnungszeiten geleistet werden kann, ausreichen. Auf organisatorischer Ebene ist dagegen von Bedeutung, welche Art von Maßnahmen (allgemeinmedizinisch, psychiatrisch und/oder sozial) eingeleitet werden müssen (Rössler 1996a). Zur Bewältigung dieser umfassenden Aufgaben scheint ein spezialisierter psychiatrischer Notdienst oder ein Kriseninterventionszentrum sinnvoll (Ernst 1998).

Ein wichtiger Baustein in der Versorgung psychiatrischer Notfälle sind die sogenannten mobilen Kriseninterventionsteams, die rund um die Uhr verfügbar sind. Sie ermöglichen eine Intervention im Lebensumfeld des Patienten während einer akuten Krise. Teilweise kann durch eine frühe Intervention eine stationäre Aufnahme vermieden werden. Es könnten aber auch Patienten, die sonst keine stationäre psychiatrische Therapie erhielten, obwohl sie einer solchen bedurft hätten, durch diese Teams „entdeckt“ werden (Breslow 2001). Auf die Vorteile mobiler Interventionsteams gegenüber Notaufnahmen in Krankenhäusern wies eine randomisierte Studie von Merson et al. (1992) hin. Die vom mobilen Team behandelten Patienten zeigten eine bessere Symptomreduktion, eine größere Patientenzufriedenheit und eine geringere Inanspruchnahme

stationärer Einrichtungen gegenüber den Patienten, die in einer psychiatrischen Notaufnahme behandelt wurden.

2.3.2 Ambulante Psychiatrie

Die Einteilung in *ambulante* und *stationäre* Behandlung erfolgt hier aus der Perspektive der Nutzer. Für Nutzer ist die Frage entscheidend, ob sie die Behandlung von zuhause aufsuchen können oder ob sie für die Behandlung ein Bett in einer Institution beanspruchen müssen (Ernst 1998).

Die ambulante psychiatrische Versorgung wird hauptsächlich von niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten, Institutsambulanzen und sozialpsychiatrischen Diensten geleistet (Rössler 1996a, Becker 2001). Nach den „Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte“ vom 6. Februar 2001 werden unter der Bezeichnung „Nervenarzt“ Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenarzt zusammengefasst (Schräder 2002). Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte werden als Psychotherapeuten berücksichtigt (Schräder 2002). In Deutschland besteht durch den Versorgungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung für die niedergelassenen Nervenärzte eine Versorgungsverpflichtung (Becker 2001). Einen beträchtlichen Anteil an der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung haben weiterhin die hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner und Internisten (Linden et al. 1996, Ernst 1998). Dieser Beitrag wurde jedoch bisher in der psychiatrischen Gesundheitsberichterstattung nicht erfasst (Rössler 1996a).

Psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken haben die Möglichkeit, multidisziplinär besetzte Institutsambulanzen einzurichten. Darüber hinaus findet auch in psychiatrischen Abteilungen und Kliniken ohne eigene Institutsambulanzen durch, zur ambulanten Behandlung ermächtigte, leitende Ärzte eine ambulante Versorgung statt (Rössler 1996a). Durch die Angebote der ambulanten Behandlungen in den Institutsambulanzen entsteht in der Regel keine Konkurrenzsituation zur ambulanten Behandlung durch niedergelassene Nervenärzte, da eine gewisse Selbstselektion der Patienten stattfindet (Ernst 1998, Bauer 1997).

Sozialpsychiatrische Dienste sind multiprofessionell besetzte Teams zur Betreuung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen (Rössler 1992). In den Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG 1988) wurde als ein wichtiger Bestandteil des gemeindepsychiatrischen Verbundes eine *Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion* gefordert. Die Aufgaben der *Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion* wurden in der Regel durch sozialpsychiatrische Dienste wahrgenommen (Rössler 1996a). Die relativ hohe Heterogenität der sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland resultierte aus den Unterschieden, die sich durch verschiedene gesetzliche,

institutionelle und finanzierungstechnische Voraussetzungen in den einzelnen Bundesländern ergaben. Dennoch fanden als Gemeinsamkeiten dieser extramuralen Dienste der Bezug auf die Gemeinde, die Kooperation mit anderen Einrichtungen als konstitutive Aufgabe und die Multiprofessionalität mit mehr oder weniger starker ärztlicher Beteiligung. Dabei war den beteiligten Ärzten in den meisten Diensten eine medizinische Behandlung der Nutzer nicht gestattet (Rössler 1996a, Rössler 1992).

Auch für die Nutzer der ambulanten Versorgungsangebote haben sich kritische Distanzschwellen zwischen Wohn- und Behandlungsort gezeigt. So suchten Nutzer sozialpsychiatrischer Dienste Therapiestellen seltener auf, die mehr als eine halbe Stunde von ihrer Wohnung entfernt lagen (Rössler et al. 1989, Hansson et al. 1997).

2.3.3 Tageskliniken, Tagesstätten, strukturierte Rehabilitation, geschützte Arbeit

Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken schließen eine Versorgungslücke zwischen der stationären und der ambulanten Behandlung, wobei die Patienten in ihrem sozialen Umfeld bleiben können. Der Konsens zahlreicher Studien zum Nutzen der tagesklinischen Einrichtungen ist, dass Tageskliniken für 30 bis 40% der psychisch Erkrankten eine Alternative zur stationären Aufnahme darstellen. Aus den Erfahrungen der Forschung, die sich mit der Versorgung in Tageskliniken beschäftigt, kann geschlussfolgert werden, dass es relative Kontraindikationen für eine primäre Aufnahme in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik gibt. Diese wären nach Schene (2001): Akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung, Unselbstständigkeit, fehlende Bezugspersonen bzw. -systeme, Patienten mit einer schweren floriden Suchterkrankung und schwere, organisch bedingte psychische Störungen. Hier sollte primär eine vollstationäre Behandlung erwogen und durchgeführt werden. (Schene 2001)

Die Aufgaben der Tageskliniken können zusammenfassend wie folgt dargelegt werden:

1. Alternative zu einer vollstationären Behandlung: Medizinisch orientiertes Personal mit einem hohen Personal-Patienten-Schlüssel betreut akut erkrankte Patienten am Tage, die sonst stationär behandelt hätten werden müssten.
2. Verkürzung der vollstationären Behandlung: Für Patienten, die nicht mehr stationär behandelt werden müssen, aber von einer intensiveren Therapie als der ambulanten profitieren, kann der Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung organisiert werden. (nach Schene 2001)

In Tageskliniken steht der medizinisch-therapeutische Behandlungsansatz im Vordergrund. Die in den Tageskliniken erbrachten Leistungen werden in Deutschland nach Sozialgesetzbuch V als medizinisch-therapeutische Leistungen von den Krankenkassen übernommen.

In Tagesstätten oder Tageszentren wird im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe ein tagesstrukturierendes Angebot bereitgestellt. Dies beinhaltet keine ärztlich geleitete medizinisch-therapeutische Behandlung als vielmehr strukturierende Angebote für Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung noch nicht mit der erforderlichen Regelmäßigkeit andere Angebote in Anspruch nehmen können. Diese Einrichtungen dienen vorwiegend der sozialen Rehabilitation (Ernst 1998, Rössler 1996a). Sozialrechtlich ist hier der örtliche Sozialhilfeträger mit der Wiedereingliederungshilfe nach §39 und §40 des Bundessozialhilfegesetzes zuständig. Für Tagesstätten und Tageskliniken gelten Wegzeit-Grenzen wie für stationäre Einrichtungen und sozialpsychiatrische Dienste (Ernst 1998).

Die Rehabilitation psychisch kranker Menschen kann aufgrund der vielschichtigen Problemlagen nur eine multiprofessionell zu erbringende Komplexleistung sein (Reumschlüssel-Wienert 1995, Eikelmann 2000). Die medizinische Rehabilitation umfasst nach §15 Abs. 1 SGB VI insbesondere:

- Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden.....
-Heilmittel, einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie...
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.....

Diese Leistungen werden vorwiegend in dafür spezialisierten stationären Einrichtungen erbracht. Der Schwerpunkt im Rahmen eines integrativen, biopsychosozialen Rehabilitationsansatzes lag vor allem im verbalen und interaktionellen Bereich (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2001).

Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation beinhalten für die Rentenversicherungsträger nach §16 und §31 Abs. 1 SGB VI:

- Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme,
- Berufsvorbereitung einschließlich der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- Berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung oder Umschulung einschließlich eines zur Inanspruchnahme dieser Leistungen erforderlichen schulischen Abschlusses,
- Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen.

Auch diese Leistungen waren nach §16 Abs. 3 vorwiegend in stationären Einrichtungen vorgesehen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1995). Für psychisch kranke Menschen wurde, entsprechend der WHO-Konzeption von 1996, die psychosoziale Rehabilitation als ein Prozess definiert, der die Fähigkeiten fördert, einen optimalen Grad an selbständiger und unabhängiger Teilhabe am Leben in der Gemeinde zu erreichen. Dies beinhaltet sowohl Verbesserungen auf der individuellen Ebene als auch Veränderungen auf der Gemeindeebene (WHO 1996).

Rosen und Barefoot (2001) stellten die These auf, dass der gesamte Rehabilitationsprozess psychisch kranker Menschen bisher durch das Gesundheitswesen und die Gesellschaft eher behindert als unterstützt wird. Die Autoren betonten, dass „für eine erfolgreiche und umfassende Rehabilitation, die Verlagerung rehabilitativer Maßnahmen aus den „in vitro“-Verhältnissen der stationären Einrichtungen in die „in vivo“-Verhältnisse ambulanter Angebote erforderlich sei.

In Deutschland hat sich die „Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte“ (RPK) als geeignet erwiesen, das integrative Konzept von medizinischer und beruflicher Rehabilitation bei begleitender psychosozialer Betreuung in einem spezifischen therapeutischen Milieu in die Praxis umzusetzen (Reumtschlüssel-Wienert 1995, Rössler 1996a, Berger 1999). Im Bereich der beruflichen Rehabilitation gibt es neben den RPK noch die beruflichen Trainingszentren (BTZ), die Berufsbildungswerke (BBW) und die Berufsförderungswerke (BFW). Die BTZ sind die einzigen speziell für psychisch Kranke konzipierten Einrichtungen. Die BBW dienen vorwiegend der beruflichen Eingliederung jugendlicher behinderter Menschen, während die BFW die Fortbildung und Umschulung von, in der Regel bereits berufstätig gewesenen, behinderten Erwachsenen zum Ziel hat (Rössler 1996a). Sozialrechtlich übernehmen die Rentenversicherungsträger oder Arbeitsämter, also die überörtlichen Leistungsträger, nach dem Sozialgesetzbuch IX die Kosten für die berufliche Rehabilitation.

Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen und geistig behinderte Menschen existieren vor allem in Form sogenannter „geschützter“ Arbeitsplätze in der Regel in „Werkstätten für behinderte Menschen“. Sozialrechtlich übernehmen auch hier die überörtlichen Leistungsträger die Kosten. Das können bei Vorlage einer Grundanerkennung auf Rentenanspruch die Versorgungsämter und bei fehlender Grundanerkennung die Arbeitsämter sein. Durch die Leistungen der Träger sind diese Einrichtungen vor dem Konkurrenzdruck des „freien“ Marktes geschützt. Mitarbeiter in diesen Einrichtungen erhalten eine gewisse finanzielle Entschädigung für ihre Arbeit, die in der Regel einem Bruchteil des ortsüblichen Mindestlohnes entspricht (Ernst 1998). Der Anteil psychisch kranker Mitarbeiter in diesen Werkstätten liegt etwa bei 10 bis 12% (Ernst 1998, Rössler 1996a).

Bei *Selbsthilfe- und Zuverdienstfirmen* für psychisch kranke Menschen handelt es sich in der Regel um gemeinnützige Zweckbetriebe von gemeinnützigen Körperschaften in Form einer gGmbH oder eines eingetragenen Vereins (Rössler 1996a). Eine erfolgreiche Umsetzung dieser Form der Arbeitsmöglichkeit erfordert nach Torrey et al. (1998) eine dynamische Klientenleitung, eine öffentliche finanzielle Unterstützung und technische und politisch-administrative Unterstützung auf regionaler und überregionaler Ebene.

2.3.4 Wohnen

Jeder braucht einen Platz zum Leben. Die Bereitstellung einer angemessenen Unterkunft, angepasst an den jeweiligen Hilfebedarf der Patienten/Klienten, muss ein zentrales Anliegen der Gemeindepsychiatrie sein. Durch den Prozess der Deinstitutionalisierung wurde die „große Institution“ durch viele „kleinere Institutionen“ mit vielen verschiedenen Arten des Managements, der Strukturen und Wertvorstellungen ersetzt (Shepherd und Murray 2001).

Es scheint schwierig, die Vielzahl der Einrichtungen mit Wohnangeboten für psychisch kranke Menschen nach definierten Kriterien einzuteilen. Lelliott et al. (1996) haben ein mehrdimensionales System zur Klassifizierung vorgeschlagen. Dieses System bezieht sich auf die Personalpräsenz, die Bettenzahl und den Klienten-Personal-Schlüssel in den Einrichtungen. Danach wird von der akuten Aufnahmestation mit einer ständigen Präsenz qualifizierten Personals mit einem hohem Patienten-Personalschlüssel über Wohnheime mit einer hohen ständigen Personalpräsenz, Unterkünfte mit einer niedrigen ständigen Personalpräsenz, Wohnheime mit einer Personalpräsenz nur in der Nacht, Einrichtungen ohne ständige Personalanwesenheit aber mit regelmäßigen Besuchen durch qualifiziertes Personal und Wohngruppen ohne ständige Personalpräsenz und ohne regelmäßige Besuche, wo aber qualifiziertes Personal bei Bedarf erreicht werden kann, unterschieden.

Der Bedarf an den verschiedenen Wohnformen in einer Region lässt sich schwer abschätzen. Einerseits sind lokale Faktoren wie demographische Bevölkerungsstruktur, Verkehrsanbindungen und politische und wirtschaftliche Prioritäten der lokalen Entscheidungsträger von Bedeutung. Andererseits könnten eventuell fehlende Wohnangebote durch andere ersetzt werden und ihr Fehlen daher nicht bemerkt werden. Zum Beispiel könnten intensiv betreute Wohngruppen in der Gemeinde Wohnheime mit einer ständigen hohen Personalpräsenz ersetzen. Die Interaktionen zwischen den einzelnen Elementen der Wohnangebote sind von der Tragfähigkeit des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems in der Gemeinde abhängig. Die nur angedeuteten komplexen Verflechtungen in diesem bedeutendem Teilbereich der psychiatrischen Versorgungssysteme müssen bei der Beurteilung und Planung stets mitbetrachtet werden. Um einen Überblick über den gedeckten und weiterhin bestehenden Bedarf an Wohnangeboten zu erhalten, wird empfohlen,

zunächst die bereits existierenden Einrichtungen zu erfassen. Hieraus sollte sich ergeben, wer wo und wie versorgt wird, und wer nicht. Es könnten dann Schlussfolgerungen gezogen werden, welcher aufgedeckte Bedarf am dringlichsten gedeckt werden muss. (nach Shepherd und Murray 2001)

Eng verbunden mit dem Angebot an extramuralen Wohneinrichtungen für psychisch kranke Menschen ist der Prozess der Enthospitalisierung und Schließung bzw. Verkleinerung der psychiatrischen Großkrankenhäuser. Dieser Prozess findet in unterschiedlicher Ausprägung in ganz Europa statt (Becker und Vazquez-Barquero 2001). Am besten dokumentiert ist dieser Prozess in England (Becker 1998). Die umfassendste Evaluationsstudie zur Schließung eines englischen Großkrankenhauses ist die Untersuchung des Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS; Leff 1997). In der TAPS-Studie wurde die Lebensqualität entlassener Langzeitpatienten mit einer Psychoseerkrankung in ihrer neuen Lebenssituation und vor ihrer Entlassung prospektiv untersucht. Die Ergebnisse der Studie zeigten zusammengefasst, dass die Patienten in ihrer neuen Lebensumgebung außerhalb des Krankenhauses nach einem Jahr weniger Negativsymptome aufwiesen, eine Zunahme der Alltagskompetenz erlangt hatten, eine verbesserte Medikamentencompliance zeigten, eine Zunahme an Freiheitsgraden und Gestaltungsmöglichkeiten angaben, eine größere Vielfalt an Sozialkontakten hatten und die meisten Befragten die neue Lebenssituation beibehalten wollten. Jedoch fanden sich auch negative Ergebnisse. So wurden von dem Personal eine Zunahme an psychotischen Symptomen beobachtet und die Besuche durch Angehörige verringerten sich. Die Befunde aus der Ein-Jahres-Erhebung blieben im Wesentlichen auch in der Fünf-Jahres-Follow-Up-Untersuchung stabil. (nach Becker 1998)

Insgesamt zeigte sich durch die genaue Dokumentation der Verkleinerung und Schließung der psychiatrischen Großkrankenhäuser in England, dass aus einem zu raschen Bettenabbau in den stationären Einrichtungen und fehlende flexible Betreuungs- und Wohnangeboten in der Gemeinde, erneut ungünstige Bedingungen auf psychiatrischen Stationen resultieren können. So könnten Patienten nicht früh genug entlassen werden, wenn ein entsprechendes extramurales Wohnangebot fehlt und andere Patienten, die dringend stationär aufgenommen werden müssten, müssten gemeindeferne Einrichtungen in Anspruch nehmen. Der Aufnahme-druck auf den psychiatrischen Stationen stiege an. Diese Entwicklung wurde besonders in London beobachtet. Hier wurde von einer „Akutbetten-Knappheit“ gesprochen. Als eine mögliche Ursache galt die ungenügende Kapazität an extramuralen Wohnangeboten mit einer intensiven Betreuung rund um die Uhr. (nach Becker 1998)

In Deutschland mangelt es vor allen an differenzierten vielseitigen Wohn- und Betreuungsangeboten für psychisch kranke Menschen innerhalb der Gemeinde (Bauer et al 2001). Inwieweit

der Prozess der Enthospitalisierung fortgeschritten ist, kann anhand des Versorgungsgrades einer Region mit Plätzen betreuten Wohnens festgestellt werden. Wing (1993) nennt als Bedarfsanhaltszahl für das Jahr 2000 in Grossbritannien eine Ziffer von 0,66 mit und 0,92 ohne Nachtdienst, also insgesamt mehr als 1,5 betreute Wohnplätze je 1.000 EW. In Deutschland fanden sich 1996 zwischen 0,013 Plätzen je 1.000 EW in Brandenburg und 2,03 in Schleswig Holstein (Rössler 1996).

2.3.5 Stationäre Psychiatrie

Wird die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung aus einer europäischen Perspektive betrachtet, kann festgestellt werden, dass die institutionelle Psychiatrie mit dem psychiatrischen Großkrankenhaus als dominante Institution von der gemeindenahen Psychiatrie mehr oder weniger umfassend abgelöst wird (Becker und Vazquez-Barquero 2001). Das ist eine Entwicklung, die mit einem Rückgang der stationären Bettenzahlen verbunden ist. Der Rückgang der Bettenzahlen hat zu verkürzten stationären Verweildauern und steigenden Zahlen an stationären Aufnahmen, in der Mehrzahl der Fälle Wiederaufnahmen geführt (Szmukler und Holloway 2001, Schröder 2002).

Durch den psychiatrischen Reformprozess haben sich auch die Funktionen eines stationären Aufenthaltes geändert. Traditionell übernahm das psychiatrische Großkrankenhaus für die Langzeitpatienten mit anhaltend bestehenden Behinderungen die Sorge für fast alle Lebensbereiche. Das Krankenhaus sorgte neben den medizinisch-therapeutischen Interventionen auch für Nahrung, Kleidung, Unterkunft, soziale Kontakte, minimale Verdienstmöglichkeiten im Klinikbetrieb und gelegentlich für Beschäftigungsmöglichkeiten in der Freizeit. Das die nicht unmittelbar medizinisch-therapeutischen Bedürfnisse von anderen extramuralen Einrichtungen erfüllt werden können, darüber besteht in fachlichen Diskussionen weitgehend Einigkeit. Die engeren „klinischen“ Aufgaben, die auch in einem gemeindenahen Versorgungssystem von einer stationären Einrichtung erbracht werden sollten sind: Krisenintervention, wenn ambulante und teilstationäre Einrichtungen nicht mit der erforderlichen Intensität betreuen können; Diagnosestellung, Diagnosesicherung, Erstellen und Einleiten von Behandlungsplänen; die Bereitstellung von Rückzugsmöglichkeiten aus belastender Umgebung; Schutz der Patienten vor Ausnutzung und Schutz der Öffentlichkeit. Nach Szmukler und Holloway (2001) ergibt sich daraus, wann ein stationärer Aufenthalt für psychisch kranke Menschen indiziert ist bzw. welche Situationen auch ein gut funktionierendes gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem ohne stationäre Einrichtung nicht versorgen kann. Dies sind folgende Situationen:

- Akute Suizidalität
- Ernsthafte Eigen- oder Fremdgefährdung

- Komplexe psychische Erkrankungen oder akute Intoxikationen, die eine intensivmedizinische Betreuung erfordern
- Einstellung oder Änderung einer medikamentösen Therapie, die aufgrund der zu erwartenden Nebenwirkungen und einer eventuellen Verschlechterung der Symptomatik die genaue klinische Beobachtung erfordert
- Schwere somatische Komorbidität
- Überlastung der gemeindepsychiatrischen Dienste

Damit diese Aufgaben gegenüber der Bevölkerung bedarfsgerecht erfüllt werden können, müssen die Verantwortlichkeiten für die psychiatrische Versorgung in einer Region klar definiert werden. Die Verpflichtung zur stationären Aufnahme und Behandlung von Not- und Akutfällen in einer Aufnahme-Region bedeutet eine Übernahme der regionalen Akutversorgung. Von einer regionalen Vollversorgung kann erst gesprochen werden, wenn zusätzlich auch die Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen in der Aufnahme-Region gewährleistet werden kann. Der Begriff der sektorisierten Vollversorgung kann definitionsgemäß nur angewendet werden, wenn die psychiatrische Vollversorgung einer Region durch stationäre und ambulante Dienste erbracht wird, die unter ein und derselben psychiatrisch-administrativen Leitung arbeiten (Ernst 1998).

Nach den Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG 1988) werden 60 bis 80 (teil-)stationäre Plätze je 100.000 EW als ausreichend betrachtet, wobei der Anteil der teilstationären Angebote zwischen 12 und 20 Plätzen je 100.000 EW betragen sollte. In der Bundesrepublik Deutschland lagen 1994 die Bettenmessziffern für die stationäre psychiatrische Akutversorgung zwischen 44 je 100.000 EW in Sachsen-Anhalt und 138 in Berlin (Rössler 1996).

2.4 Fragestellung

Die Beurteilung der psychiatrischen Versorgungssituation einer Region setzt neben einer detaillierten Kenntnis der existierenden Einrichtungen auch das Verstehen gemeindepsychiatrischer Grundsätze und die Beachtung der gegenwärtigen Reformprozesse voraus. Im Rahmen einer Qualitätssicherung müssen die Strukturqualität, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität betrachtet werden. Die Beurteilung der Strukturqualität ist eine Voraussetzung der psychiatrischen Versorgungsforschung. Um diese Voraussetzung für Sachsen-Anhalt zu schaffen, sollen in der vorliegenden Erhebung die Einrichtungen und Dienste, die an der psychiatrischen Versorgung im Jahre 1998 in Sachsen-Anhalt beteiligt waren, mit Hilfe des ESMS-Manuals Version 3 erfasst werden. Damit soll die Strukturqualität der psychiatrischen Versorgung der Jahre 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt dargestellt werden.

Weiterhin soll in der vorliegenden Arbeit für jeden einzelnen Landkreis Sachsen-Anhalts, soweit dies anhand der 1996 bis 1998 existierenden Einrichtungstypen möglich ist, eingeschätzt werden,

inwieweit die Ziele der Psychiatrieenquete durchgesetzt worden sind. Die detaillierte Darstellung der Versorgungssituation in den einzelnen Landkreisen soll nachfolgenden Erhebungen als Grundlage dienen.

3 Material und Methode

Es wurden 365 halbstandardisierte Protokolle der Besuchskommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt anhand der Klassifikation des European Service Mapping Schedule (ESMS V-3) ausgewertet. Die Protokolle wurden während der regulären Besuche der Besuchskommissionen erstellt, liegen in der Geschäftsstelle des Ausschusses vor und wurden dort ausgewertet. Die ausgewerteten Protokolle stammen von den Besuchen der Besuchskommissionen aus den Jahren von 1996 bis 1998.

Das Bundesland Sachsen-Anhalt ist eines der „neuen Bundesländer“ und entstand nach dem Beitritt der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik zu der Bundesrepublik Deutschland am 03.10.1990 durch das Ländereinführungsgesetz DDR (Gesetz über die Einführung von Ländern in der DDR 1990) aus den ehemaligen Bezirken Halle und Magdeburg. Sachsen-Anhalt hat eine Fläche von 20.447 km². Am 31.07.1998 lebten hier 2.688.086 Menschen (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt 1998). Die Bevölkerung sank von 1989 bis 1999 kontinuierlich um ungefähr zehn Prozent.

Sachsen-Anhalt war zum Zeitpunkt der Untersuchung in 21 Landkreise und drei kreisfreie Städte gegliedert. Die kreisfreien Städten sind die Großstädte Halle und Magdeburg und die Stadt Dessau. Von den 21 Landkreisen erreichten nur zwei eine Bevölkerungsdichte von mehr als 200 EW/km² und in sieben Landkreisen lebten weniger als 100 EW/km². Der Landkreis Altmark-Salzwedel zählte zu den besonders dünn besiedelten Regionen Europas.

Die ehemaligen industriellen Ballungsgebiete um Wolfen, Bitterfeld, Halle aber auch Weißenfels, der Burgenlandkreis und Aschersleben-Staßfurt hatten 1998 mit ca. 22% die höchsten Arbeitslosenquoten im Land. Die Arbeitslosenquote lag in Sachsen-Anhalt im Oktober 1998 landesweit bei 18,9% und wies ein deutliches Nord-Südgefälle auf.

3.1 Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und die Tätigkeit der Besuchskommissionen

Grundlage für die Einrichtung und die Arbeit des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung ist das PsychKG LSA (Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmassnahmen des Landes Sachsen-Anhalt vom 30.01.1992):

§1 PsychKG LSA Anwendungsbereich:

Dieses Gesetz regelt:

1. Hilfen für Personen, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder einer seelischen oder geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen;
2. Schutzmaßnahmen bis hin zur Unterbringung für Personen, die an einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne der Nr. 1 leiden. ...

§29 PsychKG LSA Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung:

Berufung und Aufgaben

1. Das Ministerium für Arbeit und Soziales beruft einen Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung.
2. Der Ausschuss prüft, ob die in §1 Nr. 1 genannten Personen entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes behandelt und betreut werden. Er soll für die Belange dieses Personenkreises eintreten und bei der Bevölkerung Verständnis für die Lage psychisch kranker und behinderter Menschen wecken.
3. Der Ausschuss bildet für die Krankenhäuser und Einrichtungen, die der psychiatrischen Krankenversorgung dienen, Besuchskommissionen. ...

Der Ausschuss setzte sich 1998 aus 24 ehrenamtlichen Mitgliedern zusammen. Zu den Mitgliedern des Ausschusses gehörten zu dieser Zeit acht Fachärzte für Psychiatrie aus unterschiedlichen Institutionen, zwei Diplom-Psychologen, zwei Sozialarbeiterinnen, sechs Richtern und sechs Abgeordneten des Landtages von Sachsen-Anhalt. Eine Besuchskommission setzte sich jeweils aus fünf Ausschussmitgliedern und deren Stellvertretern zusammen. Immer vertreten war ein Facharzt für Psychiatrie und ein Mitglied mit der Befähigung zum Richteramt.

Insgesamt wurden vom Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung sechs multiprofessionelle Besuchskommissionen gebildet. Diese besuchten in regelmäßigen Abständen die Einrichtungen in Sachsen-Anhalt, die an der Versorgung psychisch kranker, geistig und seelisch behinderter Menschen beteiligt waren. Dazu zählten nicht nur die psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, wo eine Unterbringung möglich war, sondern auch sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungsstellen, Wohnheime, Tagesstätten, Werkstätten und Rehabilitationseinrichtungen. Einrichtungen der Jugend- und Altenhilfe wurden nur stichprobenartig besucht. Insgesamt mussten in Sachsen-Anhalt mehr als 300 Einrichtungen von den sechs Besuchskommissionen besucht werden. Aufgrund der personellen Zusammensetzung der Kommissionen konnte die initial angestrebte Besuchsfrequenz von einem Besuch pro Jahr in jeder Ein-

richtung nicht realisiert werden. Die sechs Besuchskommissionen bewältigten zusammen insgesamt etwa 120 Besuche pro Jahr.

Jede zu besuchende Einrichtung wurde vor dem geplanten Besuch schriftlich davon in Kenntnis gesetzt. Mit dem Schreiben erhielt die Einrichtung einen inhaltlichen Rahmen des Besuchsprotokolls mit der Bitte, um eine entsprechende Zuarbeit. Die Besuchskommission setzte voraus, dass während des Besuches in der Einrichtung Vertreter des örtlichen Trägers und der Einrichtungsleitung zur Verfügung standen. Außerdem war häufig ein Repräsentant der kommunalen Gebietskörperschaften anwesend.

Anhand eines Leitfadens zur Strukturierung der Informationen und der Eindrücke vor Ort wurde ein halbstandardisiertes Protokoll mit einer kurzen abschließenden Einschätzung für jede besuchte Einrichtung erstellt. Diese Protokolle wurden mit den oft umfangreichen Materialien von den Einrichtungen in der Geschäftsstelle des Ausschusses gesammelt, vom Vorstand auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft und über einen Verteiler versandt. Der Verteiler kann neben dem Träger der Einrichtung, der Einrichtung selbst, der kommunalen Gebietskörperschaft und der Besuchskommission auch das Sozialministerium, das Landesamt für Versorgung und Soziales, als Träger der Heimaufsicht, und andere Stellen umfassen. Die Kurzeinschätzungen der Besuchskommissionen werden in den jährlichen Berichten des Ausschusses dem Landtag, der Landesregierung und der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

3.2 “ESMS - V3 - The European Service Mapping Schedule - Version 3”

3.2.1 Allgemeines und Anwendungsgebiete

Das ESMS-V3 (European Service Mapping Schedule Version 3) wurde 1997 von der EPCAT (European Psychiatric Care Assessment Team)-Arbeitsgruppe, die von der Europäischen Union gefördert wurde, entwickelt. Zu der Arbeitsgruppe gehörten das Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italien; das Centre for the Economics of Mental Health, London, UK; die Universität von Cadiz, Spanien; die Universität von Groningen, Niederlande; das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Deutschland; das PRiSM Institut of Psychiatry London, UK und die Universität von Umea, Schweden. Es wurde zunächst in einer englischen Version veröffentlicht (Johnson et al, 1997). Durch die Veröffentlichung einiger Daten der hier vorliegenden Erhebung ist nunmehr auch eine deutsche Versionen des Manuals verfügbar (Brieger et al. 2003, Böcker et al. 2001).

Mit dem ESMS-V3 (European Service Mapping Schedule Version 3) sind folgende Darstellungen der psychiatrische Krankenversorgung standardisiert möglich:

- Erstellen einer Übersicht der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen eines bestimmten Gebietes anhand der Eigenschaften der Einrichtungen, es werden alle Einrichtungen berücksichtigt, unabhängig von welchem Träger diese betrieben werden
- Darstellung von Veränderungen der Versorgungslandschaften in einem bestimmten Gebiet über eine bestimmte Zeit
- Beschreibung und Vergleich der Versorgungsstruktur und des Versorgungsstandes zwischen Gebieten
- Messung und Vergleich zwischen Gebieten hinsichtlich der Bereitstellung der wichtigsten Versorgungsstrukturen.

Mit diesem Manual kann ein Inventar der Einrichtungen, die an der psychiatrischen Versorgung einer definierten Bevölkerungsgruppe, zum Beispiel der erwachsenen Bevölkerung (18-65 Jahre), in einer definierten Region, zum Beispiel in einem Landkreis, erstellt werden. Die Einrichtungen werden anhand ihrer Funktionen im psychiatrischen Versorgungssystem einer Einrichtungskategorie zugeordnet.

Das ESMS-Manual besteht aus vier Teilbereichen. Es enthält als Kernstück den „Versorgungsbaum“ und die Zuordnungsregeln.

Insgesamt setzt sich das ESMS-Manual wie folgt zusammen:

- A) Einführende Fragen: Beschreibung des Gebietes und der Bevölkerung, für welche die Übersicht erstellt werden soll
- B) Versorgungsbäume: standardisierte Beschreibung der einzelnen Versorgungsaufgaben, die eine Einrichtung haben muss, um einer bestimmten Kategorie zugeordnet zu werden, also funktionsbezogene Zuordnung (siehe Kap. 8.1)
- C) Nutzungshäufigkeiten: Standardisierte Methode zur Erfassung der quantitativen Nutzung der einzelnen Einrichtungstypen durch die Bevölkerung in dem Gebiet
- D) Inventar der Einrichtungen: Detailliertere Beschreibung der einzelnen Einrichtungen, die halbstandardisiert und frei erfolgen kann

Um die Verwendung des Instrumentes möglichst weit zu fassen, können je nach vorliegender Datenstruktur und Datenqualität auch nur Teilebereiche des Manuals eingesetzt werden. So kann durch die Festlegung der einbezogenen Bevölkerungsgruppe, zum Beispiel geistig behinderte Menschen oder suchtkranke Menschen, die Versorgungssituation einzelner Bevölkerungsgruppen oder der Gesamtbevölkerung dargestellt werden. Entsprechende Festlegungen müssen einleitend definiert werden. Somit wird eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Erhebungen regional und auch überregional möglich.

In den Zuordnungsregeln werden die Aufgaben und die Strukturen genannt, die eine Einrichtung aufweisen muss um einem bestimmten Einrichtungstyp zugeordnet zu werden. Eine kurze Einarbeitungsphase in die gut strukturierten Zuordnungsregeln dürfte in der Regel genügen, um mit dem Manual vertraut zu werden und damit arbeiten zu können.

3.2.2 Der „Versorgungsbaum“ des ESMS

Die umfassenden Aufgaben in der gemeindepsychiatrischen Versorgung werden von vielfältigen Institutionen und Einrichtungen wahrgenommen. Jede Einrichtung lässt sich entsprechend ihrer Funktion in eine Kategorie des ESMS-Manuals zuordnen. Die Kategorien sind in Tabelle 3.1 aufgeführt. Die Kodierungen der 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt gefundenen Einrichtungstypen sind in Tabelle 3.1 farbig unterlegt.

Tab.3.1 Psychiatrische Dienste mit entsprechender ESMS-Kodierung
Psychiatrische Dienste

	Kodierung ESMS-V3	Kodierung numerisch
1. <i>mit Übernachtung</i>		
speziell gesicherte Unterbringung	R1	1.1.0.0.0
akut (Aufnahme innerhalb 24 Stunden; Wohnung wird beibehalten)		
Krankenhaus	R2	1.2.1.0.0
andere	R3	1.2.2.0.0
nicht akut		
Krankenhaus		
zeitlich begrenzter Aufenthalt (fest definiert)		
Betreuung rund um die Uhr	R4	1.3.1.1.1
Betreuung nur am Tage, aber jeden Tag	R5	1.3.1.1.2
Verweildauer offen		
Betreuung rund um die Uhr	R6	1.3.1.2.1
Betreuung nur am Tage, aber jeden Tag	R7	1.3.1.2.2
andere Einrichtung		
zeitlich begrenzter Aufenthalt		
Betreuung rund um die Uhr	R8	1.3.2.1.1
Betreuung nur am Tage, aber jeden Tag	R9	1.3.2.1.2
Betreuung nur am Tage, nicht jeden Tag	R10	1.3.2.1.3
Verweildauer offen		
Betreuung rund um die Uhr	R11	1.3.2.2.1
Betreuung nur am Tage, aber jeden Tag	R12	1.3.2.2.2
Betreuung nur am Tage, nicht jeden Tag	R13	1.3.2.2.3
2. <i>Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität</i>		
akut	D1	2.1.1.0.0
nicht akut		
hohe Intensität (mind. vier Halbtage pro Woche)		
geschützte Arbeit, bezahlt (> 50% des örtl. Mindestlohnes)	D2	2.1.2.1.1
arbeitsähnliche Beschäftigung	D3	2.1.2.1.2
andere strukturierte Tätigkeit	D4	2.1.2.1.3
sozialer Kontakt	D5	2.1.2.1.4
niedrige Intensität (weniger als vier Halbtage pro Woche)		
geschützte Arbeit, bezahlt (> 50% des örtl. Mindestlohnes)	D6	2.1.2.2.1
arbeitsähnliche Beschäftigung	D7	2.1.2.2.2
andere strukturierte Tätigkeit	D8	2.1.2.2.3
sozialer Kontakt	D9	2.1.2.2.4
3. <i>Ambulante und kommunale Dienste</i>		
Notfallversorgung		
mobil		
rund um die Uhr (24 h/d an allen Tagen d. Woche)	O1	2.2.1.1.1

begrenzte Öffnungszeiten	O2	2.2.1.1.2
ortsfest		
rund um die Uhr (24 h/d an allen Tagen d. Woche)	O3	2.2.1.2.1
begrenzte Öffnungszeiten	O4	2.2.1.2.2
Dauerbetreuung		
mobil		
hohe Intensität (Kontakt mind. 3x wöchentlich mgl.)	O5	2.2.2.1.1
mittlere Intensität (Kontakt mind. 2x wöchentlich mgl.)	O6	2.2.2.1.2
niedrige Intensität	O7	2.2.2.1.3
ortsfest		
hohe Intensität (Kontakt mind. 3x wöchentlich mgl.)	O8	2.2.2.2.1
mittlere Intensität (Kontakt mind. 2x wöchentlich mgl.)	O9	2.2.2.2.2
niedrige Intensität	O10	2.2.2.2.3
4. Selbsthilfe und Laienhilfe	S	3.0.0.0.0

Erfüllt eine Einrichtung mehrere unterschiedliche Funktionen, wird diese Einrichtung auch mehrfach aufgeführt und zugeordnet. Ein Beispiel hierfür wären in Sachsen-Anhalt die sozialpsychiatrischen Dienste (SpD), die sowohl eine *aufsuchende Krisenintervention zu bestimmten Dienstzeiten* als auch eine *ortsfeste hochfrequente Dauerbetreuung zu bestimmten Dienstzeiten* anbieten können. Damit erfüllen diese Einrichtungen zwei voneinander unabhängige Versorgungsfunktionen und diese werden im ESMS-Manual getrennt erfasst. Eine detailliertere Beschreibung der Funktionen und Eigenschaften, die eine Einrichtung erfüllen muss, um einer Kategorie zugeordnet zu werden, ist im Glossar im Anhang (siehe Kap. 8.1) zu finden.

Im ESMS-Manual wird die psychiatrische Versorgung in vier Teilbereiche unterteilt. Diese sind „Mit Übernachtung“, „Tages- und Strukturierende Einrichtungen“, „Ambulante und kommunale Dienste“ und die „Selbst- und Laienhilfe“. Für jeden Teilbereich kann ein „Versorgungsbaum“ erstellt werden. Bis auf den Bereich der „Selbst- und Laienhilfe“ sind die Teilbereiche unterschiedlich weit ausdifferenziert.

Beispiel für eine „speziell gesicherte Unterbringung“ ist eine Klinik für forensische Psychiatrie. Unter „Bett, akut, Krankenhaus“ sind psychiatrische Krankenhäuser, psychiatrische Universitätskliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einzuordnen; Bett, akut, andere“ entspricht etwa einer Notschlafstelle eines psychiatrischen Krisendienstes. Krankenhäuser mit elektiver Aufnahme, zeitlicher Begrenzung des Aufenthaltes und Betreuung rund um die Uhr sind psychosomatische Kliniken, Abteilungen und Suchtfachkliniken. Als andere bettengebundene Einrichtungen sind alle Wohnheime und Formen des betreuten Wohnens mit Ausnahme des betreuten Einzelwohnens in der eigenen Wohnung einzuordnen. Gerade hier ist die Differenzierung der Betreuungsintensität besonders bedeutsam.

„Tagesbetreuung akut“ trifft für Tageskliniken zu. Unter „Tagesbetreuung, elektiv, mit hoher Intensität“ werden Werkstätten für behinderte Menschen und Tagesstätten eingeordnet und unter „niedriger Intensität“ die Begegnungsstätten. Andere Formen ambulanter Betreuungsleistungen

wurden von sozialpsychiatrischen Diensten, Beratungsstellen, psychiatrischen Polikliniken und Institutsambulanzen angeboten.

3.2.3 Die Anwendung

Die Teilbereiche der im englischen Original vorliegenden Version 3 des ESMS (Johnson et al. 1997) wurden zunächst einzeln in die deutsche Sprache übertragen. Anschließend wurden in der Arbeitsgruppe die Schwierigkeiten bei einzelnen begrifflichen Übersetzungen in der Diskussion ausgeräumt. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Unterscheidung zwischen „ambulanten“ und „stationären“ Angeboten gelegt. Als Grundlage hierzu diente die Differenzierung, ob bei der Nutzung des Angebots gleichzeitig auch eine Übernachtung außerhalb des gewohnten häuslichen Umfeldes erforderlich ist oder nicht. Wenn eine Übernachtung erforderlich war, zählte diese Einrichtung zu den stationären Einrichtungen, wenn nicht, zu den ambulanten Angeboten. Weitere Diskussionen betrafen die inhaltlichen Übersetzungen einzelner Begriffe. Weitere Erläuterungen hierzu finden sich in der Diskussion der Methode (Kapitel 5.3). Das Glossar mit den Zuordnungsregeln wurde nach Abschluss der Diskussionen in der Arbeitsgruppe erstellt und findet sich im Anhang dieser Arbeit (Kap 8.1).

Ziel der vorliegenden Erhebung war eine möglichst umfassende Darstellung aller an der psychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt beteiligten Einrichtungen und Dienste in den Jahren 1996 bis 1998. Als Datengrundlage dienten die halbstandardisierten Besuchsprotokolle der Besuchscommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Sachsen-Anhalt.

In der Geschäftsstelle des Ausschusses wurden die, an einem Stichtag (31.12.1998) vorhandenen, Protokolle der Besuchscommissionen durchgesehen, eine Zuordnung im Versorgungsbaum des ESMS vorgenommen und mit anderen relevanten, aus den Protokollen zu entnehmenden Merkmalen in eine Datenbank (SPSS-PC) übertragen. In dieser Datenbank war eine Eingabe von Werten, die Buchstaben und Zahlen enthalten nicht möglich. Aus diesem Grunde wurde die in der englischen Version des ESMS-Manuals verwendete Kodierung mit R1 bis O10 in eine rein numerische Kodierung umgewandelt (siehe Tabelle 3.1).

Weitere Daten (Einwohnerzahlen, Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten) wurden der Website des Statistischen Landesamtes (www.stala.sachsen-anhalt.de) und dem 4., 5. und 6. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (1997, 1998, 1999) entnommen. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 9.0.

Das Definitionsalter für Erwachsene wurde für diese Erhebung von 18 auf 16 Jahre herabgesetzt. Nach den Erfahrungen der Arbeitsgruppe wurden viele Jugendliche bereits ab 16 Jahren in Ein-

richtungen der „Erwachsenenpsychiatrie“ versorgt (Heinze 1998, Hausmann 1999). Eine Altersbegrenzung nach oben erfolgte nicht. Dennoch wurden Einrichtungen, die ausschließlich der Versorgung der Bevölkerung über 65 Jahren dienten, nicht explizit in die Erhebung eingeschlossen. Solche speziellen Einrichtungen, die sich vorwiegend mit den psychiatrischen Erkrankungen des höheren Lebensalters beschäftigten, existierten zum Erhebungszeitpunkt in Sachsen-Anhalt nur sehr vereinzelt. Der Grossteil der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen lebte zum Erhebungszeitpunkt vermutlich in Alten- und Pflegeheimen, welche nur stichprobenartig von den Besuchskommissionen besucht wurden. Da auch die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe von den Besuchskommissionen nur stichprobenartig besucht wurden, musste dieser Versorgungsbereich ebenfalls aus der Erhebung ausgeschlossen werden.

In die Auswertung der vorliegenden Erhebung wurden demnach alle Einrichtungen eingeschlossen, die der psychiatrischen Versorgung der suchtkranken, geistig behinderten, seelisch behinderten und psychisch kranken Menschen ab 16 Jahren in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998 zur Verfügung standen, wenn diese bis zum 31.12.1998 von einer der Besuchskommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung besucht worden waren.

Um die Erreichbarkeit der Einrichtungen, die der psychiatrischen Krankenversorgung dienten, für die Einwohner eines Landkreises beurteilen zu können, wurden zunächst sehr weit, mittel weit und nicht weit von dem Einrichtungsstandort entfernt liegende Ortschaften auf einer Landkarte des Landes Sachsen-Anhalts mit dem Maßstab 1:250.000 (Falk) ausgewählt. Dann wurde mit Hilfe der Website www.falk.de die Entfernung der ausgewählten Orte von den Einrichtungsstandorten in Kilometern ermittelt. Schließlich wurden unter der zu Hilfenahme Nahverkehrsankunft für Sachsen-Anhalt (www.insa.de) die Wegzeit bestimmt, die an einem Werktagsvormittag benötigt wurde, um von den ausgewählten Orten zu den Einrichtungsstandorten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (außer Taxi) zu gelangen. Zur Bewertung wurde die Verbindung mit der jeweils kürzesten Fahrzeit herangezogen. Die jeweiligen Tabellen mit den Angaben zu Ort, Einrichtungsstandort, Entfernung in Kilometern und Wegzeit in Stunden finden sich im Anhang (Kap. 8.3).

4 Ergebnisse

4.1 Verwertbarkeit der Besuchsprotokolle als Datenquelle

Bevor die psychiatrische Versorgungssituation im Land Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998 geschildert wird, soll zunächst auf die zugrunde liegende Datenquelle eingegangen werden. Insgesamt wurden 365 Einrichtungen und ambulante Dienste anhand der halbstandardisierten Protokolle der Besuchskommissionen den Einrichtungskategorien des ESMS-V3 zugeordnet.

Um die Verlässlichkeit der Datenerfassung und Zuordnungsregeln zu dokumentieren, wurden zehn zufällig ausgewählte Protokolle von einem zweiten Beurteiler erneut ausgewertet, ohne dass diesem das Ergebnis der bereits vorgenommenen Zuordnung bekannt war. Die Interrater-reliabilität (Kappa) lag für alle untersuchten Merkmale zwischen 0,9 und 1,0. Somit konnte Teilbereich B - der Versorgungsbaum - des ESMS-V3 mit den Zuordnungsregeln auf die besuchten Einrichtungen und Institutionen angewendet werden.

Die Protokolle stellten eine brauchbare Datenquelle für Teilbereiche B und D des ESMS-V3-Manuals dar. Bis auf die Angaben zur Nutzungshäufigkeit konnten alle notwendigen Angaben zur Darstellung der psychiatrischen Versorgungssituation, ausgeschlossen der niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten, den Protokollen entnommen werden.

Für die Darstellung der Nutzungshäufigkeiten der einzelnen Einrichtungstypen wird im ESMS-V3 eine Dokumentation der Nutzungsfrequenzen über den Zeitraum eines Monats gefordert. Die Angaben zu Nutzungshäufigkeiten in den verwendeten Protokollen bezogen sich meist auf unterschiedliche Zeiträume. Diese schwankten zwischen drei und zwölf Monaten. Teilbereich C - Nutzungshäufigkeiten - des ESMS-V3 konnte damit nicht angewendet werden. Im ambulanten Bereich musste daher auf die Angaben von Kapazitäten verzichtet werden. Es wurde lediglich vermerkt, ob eine bestimmte Einrichtungskategorie im Landkreis vorhanden war.

Bei bettengebunden Einrichtungen wurde auf die in den Protokollen angegebene Bettenzahl zurückgegriffen. Bei Einrichtungen, wie zum Beispiel Tageskliniken oder Werkstätten für behinderte Menschen, die eine ausgewiesene Anzahl von „Plätzen“ bereit hielten, wurden die Plätze, wie in den Protokollen vermerkt, berücksichtigt.

4.2 Einschränkungen zu den Ergebnissen

Insgesamt wurden auf der Grundlage der Besuchsprotokolle aus den Jahren 1996 bis 1998 365 Einrichtungen und Dienste der psychiatrischen Versorgung der 21 Landkreise und drei kreisfreien Städte Sachsen-Anhalts den 34 Kategorien des ESMS-V3 zugeordnet.

Neben den Einrichtungen der Altenpflege, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe wurde auch die Familienferienstätte „Integrationsdorf Arendsee“ mit 200 Plätzen von der Auswertung ausgenommen. Diese Einrichtung erfüllt keinen gemeindepsychiatrischen Versorgungsauftrag im engeren Sinne. In den Kategorien des ESMS ist eine solche Einrichtung nicht vorgesehen und würde am ehesten noch als „stationäre Einrichtung mit zeitlich definierter Aufenthaltsdauer“ klassifiziert werden. Dies bildet jedoch den Charakter einer Familienferienstätte nicht ab.

Der Versorgungsbeitrag der in freier Niederlassung tätigen Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie sowie psychologischer Psychotherapeuten konnte den Besuchsprotokollen nicht entnommen werden. Die Zuständigkeit der Besuchskommissionen des Ausschusses

für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung schließt diesen Versorgungsbereich nicht mit ein. Die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten ergaben sich aus dem entsprechenden jährlichen Bericht des Ausschusses (Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung 1998, Böcker et al. 2001). Die Auswertung der Versorgungssituation erfolgte zunächst auf der regionalen Ebene des Landkreises bzw. der Stadt.

Um regionale Vergleiche anstellen zu können, wurden bevölkerungsbezogene Kennziffern für jeden Einrichtungstyp errechnet. Es wurde die Bettenmessziffer (Anzahl der Betten je 100.000 EW) gebildet.

Anschließend wurden landesweite bevölkerungsbezogene Kennziffern gebildet, um einen bundesweiten Vergleich zu ermöglichen und eine Gesamtübersicht über die psychiatrische Versorgung im Land Sachsen-Anhalt für die Jahre 1996 bis 1998 zu erstellen.

Um die Plausibilität der Ergebnisse zu überprüfen, wurden die erfassten absoluten Zahlenwerte der stationären Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern und Wohnheimen mit den Angaben in anderen Statistiken verglichen. Dabei dienten der Krankenhausbettenplan des Landes Sachsen-Anhalt (1998) und die Statistik des Landesamtes für Versorgung und Soziales (1998) als Grundlage. Die in den Protokollen erfassten 1.293 psychiatrischen Akutbetten in Krankenhäusern entsprachen den im Krankenhausbettenplan ausgewiesenen 1293 psychiatrischen Akutbetten. Nach den Protokollen der Besuchskommissionen lebten 6.413 geistig oder seelisch behinderte Menschen in Wohnheimen mit einer ständigen Personalanwesenheit, quasi einer stationären Einrichtung. Laut Statistik des Landesamtes für Versorgung und Soziales wurde 1998 in Sachsen-Anhalt für 7.200 geistig oder seelisch behinderte Menschen Wiedereingliederungshilfe in stationäre Einrichtungen gezahlt. Auf die Diskrepanz wird in der Diskussion der Ergebnisse (Kap. 5.5.3) eingegangen.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die Versorgungslage in ganz Sachsen-Anhalt nach dem Stand von 1996 bis 1998 gegeben. Im Anhang finden sich die Darstellungen der Versorgungssituationen in den einzelnen Landkreisen für den Erhebungszeitraum (Kap. 8.2).

4.3 Übersicht über die gesamte Versorgungssituation

In die Auswertung wurden 365 Einrichtungen und Dienste einbezogen, die der psychiatrischen Versorgung der erwachsenen Bevölkerung ab 16 Jahren im Land Sachsen-Anhalt zur Verfügung standen. Die Gesamtübersicht über die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt für die Jahre 1996 bis 1998 mit Hilfe von bevölkerungsbezogenen Kennziffern ist in Tabelle 4.1 zu finden. Tabelle 4.2 zeigt die Häufigkeiten der jeweiligen Einrichtungstypen nach den ESMS-Kategorien in ganz Sachsen-Anhalt. In den nachfolgenden fünf Kapiteln wird auf die Versorgungssituation in den einzelnen Teilbereichen näher eingegangen.

Tabelle 4.1: Überblick über die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt 1996 bis 1998 (Angaben je 100.000 Einwohner)

Landkreis	Bevölk.- dichte	Akut- Betten	Akut- Bett regional	Elektiv- Betten	Tages- Klinik	Ner- ven- ärzte	Psycho- thera- peuten	Dauer- wohn- heim gesamt	Dauer- wohn- heim o. geist. Behind.	Übergangs/ Betreutes- Wohnen gesamt	Übergangs/ Betreutes- Wohnen o. geist. Behind.	Arbeits- Ähnliche Tätig gesamt	Arbeits- Ähnliche Tätig o. geist. Behind.	Kontakt- stellen, Tages- struktur,
Altmarkkreis Salzwedel	44,7	0,0	59,7	0,0	0,0	2,9	7,8	367,2	97,6	0,0	0,0	316,0	23,4	0,0
Anhalt-Zerbst	64,7	0,0	48,2	0,0	0,0	2,5	0,0	171,6	0,0	0,0	0,0	212,0	0,0	0,0
Aschersleben-Staßfurt	162,5	0,0	32,8	0,0	23,5	2,8	0,9	397,5	26,3	123,1	0,0	394,7	0,0	0,0
Bernburg	173,9	201,5	32,8	0,0	20,8	2,8	5,6	76,4	0,0	6,9	0,0	204,3	0,0	20,8
Bitterfeld	225,4	0,0	32,8	0,0	8,8	1,8	0,9	296,4	26,4	0,0	0,0	112,6	0,0	0,0
Bördekreis	92,5	0,0	45,0	0,0	0,0	1,2	1,2	210,0	19,7	14,7	0,0	245,6	0,0	0,0
Burgenlandkeis	140,6	41,0	26,5	0,0	13,7	2,7	1,4	120,9	100,4	17,8	17,8	184,4	0,0	21,2
Dessau	585,4	92,4	48,2	0,0	23,1	5,8	3,5	355,6	21,9	66,9	66,9	188,2	0,0	0,0
Halberstadt	121,5	0,0	77,3	0,0	0,0	2,5	0,0	162,0	16,1	50,8	16,1	238,7	16,1	0,0
Halle	1938,3	64,4	64,4	23,8	22,2	9,2	9,6	107,3	38,0	20,7	16,1	158,0	9,2	6,1
Jerichower Land	75,9	142,9	142,9	20,6	34,5	4,9	1,0	160,6	23,6	122,2	17,7	218,7	0,0	0,0
Köthen	149,0	0,0	32,8	0,0	0,0	2,8	2,8	273,8	67,1	25,1	25,1	190,4	22,4	21,0
Magdeburg	1241,1	41,8	41,8	4,2	22,1	9,6	4,2	208,8	29,2	41,7	36,7	73,1	0,0	10,0
Mansfelder Land	146,3	49,6	30,4	0,0	13,8	2,7	0,9	201,0	0,0	0,0	0,0	256,8	37,8	7,2
Merseburg-Querfurt	171,4	29,0	29,0	0,0	8,7	2,2	2,2	211,0	29,0	0,0	0,0	116,0	0,0	0,0
Ohrekreis	78,6	106,4	45,0	0,0	8,5	2,6	3,4	486,2	54,5	23,8	23,8	250,3	14,5	103,0
Quedlinburg	149,3	148,8	77,3	0,0	40,9	1,2	3,7	1124,6	105,3	52,1	52,1	669,5	0,0	0,0
Saalkreis	125,8	0,0	32,8	0,0	0,0	0,0	0,0	328,9	0,0	0,0	0,0	223,9	0,0	20,2
Sangerhausen	101,7	0,0	30,4	111,7	0,0	1,4	0,0	263,7	163,9	25,7	25,7	268,0	0,0	0,0
Schönebeck	171,4	0,0	45,0	0,0	0,0	2,5	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	136,8	0,0	25,3
Stendal	59,3	102,3	59,7	20,9	7,0	2,8	0,7	555,9	20,9	0,0	0,0	334,0	0,0	0,0
Weissenfels	215,7	0,0	26,5	0,0	0,0	2,5	6,2	0,0	0,0	21,2	0,0	196,7	0,0	24,9
Wernigerode	121,7	82,4	77,3	145,5	32,3	4,1	0,0	287,3	84,4	60,7	60,7	215,2	11,3	4,1
Wittenberg	90,1	13,3	13,3	0,0	14,7	2,9	0,7	127,4	29,4	47,7	28,1	247,0	0,0	0,0
Summe/Mittelwert	130,8	48,3	48,3	12,9	12,8	3,9	3,0	241,6	39,7	30,0	16,1	235,5	5,6	11,0

Tab. 4.2: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS-Kodierung

ESMS	ESMS*	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe
R1	1.1.0.0.0	Spez. gesicherte Unterbringung (For.)	2			259
R2	1.2.1.0.0	Krankenhaus akut	21	18-155	59	1293
R4	1.3.1.1.1	Krankenhaus elektiv	9	10-132	20	344
R8	1.3.2.1.1	Wohnen, zeitl. begr., Pers. 24 h	3	}7-54	18	206
R9	1.3.2.1.2	Wohnen, zeitl. begr., Pers. < 24h	3			
R10	1.3.2.1.3	Wohnen, zeitl. begr., Pers. zeitw.	3			
R11	1.3.2.2.1	Wohnen, zeitl. unbegr., Pers. 24h	99	8-598	40	6413
R12	1.3.2.2.2	Wohnen, zeitl. unbegr., Pers. < 24h	10	5-32	17,5	171
R13	1.3.2.2.3	Wohnen, zeitl. unbegr., Pers. zeitw.	13	4-119	12	264
D1	2.1.1.0.0	Tagesklinik	22	6-35	15	343
D3	2.1.2.1.2	Arbeitsähnliche Beschäftigung	42	11-360	135	5082
D4	2.1.2.1.3	Tagestrukt., mind. vier Halbtage/Wo	10	4-65	15	174
D5	2.1.2.1.4	Sozialkontakt, mind. vier Halbtage/Wo	4	24-14	15	244
D8	2.1.2.2.3	Strukturierte Tätigkeit, niedr. Intens.	2			
D9	2.1.2.2.4	Sozialkontakt, niedr. Intensität	2			
O2	2.2.1.1.2	Notfallvers., mobil., begr. Dienstzeit	23			
O3	2.2.1.2.1	Notfallvers., ortsfest, 24-h	14			
O4	2.2.1.2.2	Notfallvers., ortsfest, begr. Dienstzeit	3			
O5	2.2.2.1.1	Dauerbetrg., mobil, hohe Intens.	26			
O6	2.2.2.1.2	Dauerbetrg., mobil, mittl. Intens.	11			
O7	2.2.2.1.3	Dauerbetrg., mobil, niedr. Intens.	3			
O8	2.2.2.2.1	Dauerbetrg., ortsfest, hohe Intens.	30			
O9	2.2.2.2.2	Dauerbetrg., ortsfest, mittl. Intens.	9			
O10	2.2.2.2.3	Dauerbetrg., ortsfest, niedr. Intens.	1			
		Gesamt	365			

(ESMS* steht für die in dieser Version verwendete Kodierung, ESMS steht für die in der Originalversion verwendete Kodierung)

4.3.1 Versorgungslage im stationären und teilstationären Bereich

Für eine speziell gesicherte Unterbringung nach §64 und §63 des Strafgesetzbuches gab es 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt zwei Kliniken für forensische Psychiatrie (Bernburg, Uchtspringe) insgesamt 259 Plätze.

Wie der Tabelle 4.2 zu entnehmen ist, standen 1196 bis 1998 in Sachsen-Anhalt in 21 stationären Einrichtungen 1293 psychiatrische Akutbetten in psychiatrische Fachkrankenhäusern, psychiatrischen Universitätskliniken oder psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung. Dies entsprach einer bevölkerungsbezogenen Bettenmessziffer von 48,3 Betten je 100.000 EW.

Im Einzelnen stellten sechs psychiatrische Fachkrankenhäuser (Bernburg, Haldensleben, Jerichow, Uchtspringe, Neinstedt, Halle-Neustadt) 692 der psychiatrischen Akutbetten, dies entsprach 53,5% der zur Verfügung stehenden psychiatrischen Akutbetten in Sachsen-Anhalt. 13 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verfügten über 454 Betten, dies entsprach 35,1%,

und zwei psychiatrische Universitätskliniken (Halle, Magdeburg) stellten 147 Betten bereit, dies entsprach 11,4% der psychiatrischen Akutbetten.

Die stationären Einrichtungen befanden sich an 17 Standorten. Die regionale Verteilung der psychiatrischen Akutbetten war sehr heterogen. Werden die Landkreise einzeln betrachtet, ergaben sich Bettenmessziffern zwischen 13 (Wittenberg) und 201 (Bernburg) Betten je 100.000 EW. In elf Landkreisen existierten im Erhebungszeitraum keine eigenen psychiatrischen Akutbetten. Die psychiatrische Versorgung wurde durch den Landespsychiatrieplan (Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt 1996) kreisübergreifend gewährleistet. Daraus ergaben sich regionsbezogene Bettenmessziffern, die für die zugrundegelegten Einzugsgebiete der Einrichtungen, zwischen 13 und 77 Betten je 100.000 EW lagen. Für drei Regionen, die insgesamt acht Landkreise einschlossen, lagen die Bettenmessziffer zwischen 60 und 70 Betten je 100.000 EW. In drei weiteren Regionen, die fünf Landkreise umfassten, erreichten die Bettenmessziffern Werte zwischen 40 und 50 Betten je 100.000 EW. Die verbleibenden vier Regionen, die insgesamt zehn Landkreise einschlossen, konnten nur Bettenmessziffern zwischen 13 und 33 Betten je 100.000 EW aufweisen. Diese Regionen befanden sich überwiegend im südöstlichen Teil Sachsen-Anhalts.

Zu den „elektiven“ Krankenhäusern wurden Einrichtungen gezählt, in denen eine stationäre Aufnahme für eine spezialisierte Therapie, wie Suchtentwöhnungsbehandlung oder eine stationäre Psychotherapie, in der Regel nicht innerhalb von 24 Stunden realisiert werden konnte. In diese Kategorie fielen alle sechs stationären Einrichtungen für psychosomatische oder psychotherapeutische Medizin (Elbingerode, Halle: Diakonie, St. Elisabeth-Krankenhaus, Universitätsklinik; Jerichow, Magdeburg) mit insgesamt 104 Betten und die drei Suchtfachkliniken in Elbingerode, Sotterhausen und Uchtspringe mit insgesamt 204 Betten. Daraus ergab sich für 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt eine bevölkerungsbezogene Bettenmessziffer von 12,9 elektiven Betten je 100.000 EW.

Im teilstationären Bereich, der nach ESMS-Kriterien zu den „tagestrukturierenden, hochfrequenten Angeboten“ zählt, gab es an 22 Standorten insgesamt 343 Therapieplätze in psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken mit einer mittleren Platzkapazität von 15 Plätzen je Einrichtung. Dies entsprach einer bevölkerungsbezogenen Messziffer von 12,8 tagesklinischen Plätzen je 100.000 EW für ganz Sachsen-Anhalt für die Jahre 1996 bis 1998.

4.3.2 Versorgungslage im Bereich „Hilfen zum Wohnen“

Nach den Kriterien des ESMS können sechs Einrichtungstypen im Bereich „Hilfen zum Wohnen“ unterschieden werden. Die Differenzierung erfolgt anhand einerseits der Betreuungsintensität der Nutzer durch Fachpersonal und andererseits der vorgesehenen Aufenthaltsdauer der Nutzer in der

Einrichtung. Aufgrund der ungleichmäßigen Verteilung der, in den ausgewerteten Protokollen beschriebenen, Einrichtungen erfolgte gezwungenermaßen die Zusammenfassung der Wohneinrichtungen in drei Gruppen. So gab es die Wohnheime, die für eine zeitlich begrenzte Aufenthaltsdauer vorgesehen waren (Übergangswohnheime), Dauerwohneinrichtungen, ohne ständige Personalanwesenheit (betreutes Wohnen) und die Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit.

1996 bis 1998 gab es nach den Angaben aus den Besuchsprotokollen in Sachsen-Anhalt insgesamt 6797 Wohnheimplätze in 99 Einrichtungen mit einer ständigen Personalanwesenheit ohne zeitlich begrenzte Aufenthaltsdauer für psychisch kranke, suchtkranke und geistig behinderte Menschen. Die Platzkapazitäten der Einrichtungen lagen zwischen acht und 598 Plätzen je Einrichtung. Die mittlere Größe der Einrichtungen lag bei 40 Plätzen. Dies entsprach einer bevölkerungsbezogenen Messziffer von 241,4 Dauerwohnheimplätzen je 100.000 EW.

Insgesamt gab es in Sachsen-Anhalt 1996 bis 1998 in 23 Einrichtungen 614 Plätze für einen Daueraufenthalt ohne ständige Personalanwesenheit. Hiervon waren 371 (60,4%) für geistig behinderte Menschen und 243 (39,6%) für psychisch kranke und suchtkranke Menschen eingerichtet.

Weiterhin gab es neun Übergangswohnheime, die nicht für einen Daueraufenthalt vorgesehen waren, mit insgesamt 205 Plätzen. In sechs dieser Einrichtungen war das Personal nicht ständig anwesend. Sieben der Übergangswohnheime waren speziell für suchtkranke Menschen, die anderen für psychisch kranke Menschen konzipiert.

Die Einrichtungstypen der Übergangswohnheime und Dauerwohneinrichtungen, in denen das Personal nicht ständig anwesend war, wurden in der Kategorie der „anderen betreuten Wohnformen“ berücksichtigt. Insgesamt ergab sich für die Jahre 1996 bis 1998 für Sachsen-Anhalt für die „anderen betreuten Dauerwohneinrichtungen“, bei einer absoluten Zahl von 819 Plätzen, eine bevölkerungsbezogene Messziffer von 24 Plätzen je 100.000 EW.

Wird berücksichtigt, für welche Zielgruppen die Plätze in den einzelnen Einrichtungen bereitgestellt wurden, differenziert sich das Bild der Versorgungslage weiter. 5760 der Dauerwohnheimplätze, entsprechend 84,7% der Plätze, mit einer ständigen Personalanwesenheit waren für geistig behinderte Bewohner eingerichtet. Die verbleibenden 15,3% der Plätze, also 1037, waren für psychisch kranke und suchtkranke Menschen vorgesehen. Dies entsprach einer bevölkerungsbezogenen Zahl von 39,7 Dauerwohnheimplätzen je 100.000 EW. Werden nur die Dauerwohneinrichtungen speziell für suchtkranke Menschen zusammengefasst, ergaben sich 186 solcher Plätze, was einer bevölkerungsbezogenen Platzzahl von 6,9 je 100.000 Einwohnern entsprach. Für seelisch behinderte Menschen gab es 207 Plätze in speziell eingerichteten Dauerwohnheimen, was

10,0 Plätzen je 100.000 EW. Die verbleibenden 644 Plätze befanden sich in gemischten Einrichtungen.

In den „anderen betreuten Wohnformen“ gab es 359 Plätze für geistig behinderte Menschen (47%) und 406 Plätze für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen (53%).

Die regionale Verteilung der Wohnangebote war sehr heterogen. Bei den Dauerwohnheimplätzen mit einer ständigen Personalanwesenheit wiesen drei Landkreise (Ohrekreis, Quedlinburg, Stendal) mehr als 400, neun Regionen zwischen 200 und 400, sieben Regionen zwischen 100 und 200 und fünf Landkreise weniger als 100 solcher Wohnheimplätze je 100.000 EW auf. Bei den „anderen betreuten Wohnformen“ zeigten sich im Landkreis Aschersleben-Staßfurt 123, in der Stadt Dessau, den Landkreisen Quedlinburg, Wernigerode und Wittenberg mehr als 50 und in der Stadt Magdeburg mehr als 40 Plätze je 100.000 EW. Zwischen 15 und 25 Plätze je 100.000 EW existierten im Bördekreis, Jerichower Land, Köthen, Saalkreis und Weissenfels. In den übrigen Landkreisen lag die Messziffer unter zehn Plätzen je 100.000 EW oder bei Null.

4.3.3 Versorgungslage bei den Hilfen zur Arbeit und den tagesstrukturierenden Einrichtungen

Laut ESMS-Kriterien zählen die psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken zu den Einrichtungen, in denen den Nutzern durch therapeutische Angebote die (Re-)Strukturierung des Tagesablaufes erleichtert werden soll. Aufgrund der stärkeren medizinisch-therapeutischen Ausrichtungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken im Rahmen der teilstationären psychiatrischen Krankenversorgung im deutschsprachigen Raum wurden diese bereits unter den stationären und teilstationären Einrichtungen aufgeführt. Im Folgenden wird hauptsächlich auf die Angebote im rehabilitativen, arbeitsähnlichen und tagesstrukturierenden Bereich eingegangen.

Formen der geschützten Arbeit, bei denen der Klient nach den ESMS-Kriterien mehr als 50% des ortsüblichen Mindestlohnes erzielt, existierten 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt nicht.

Als „arbeitsähnliche Beschäftigung“ wurden die 39 Werkstätten für behinderte Menschen und drei Einrichtungen, die der beruflichen Rehabilitation dienen, eingestuft. Insgesamt ergaben sich aus den Besuchsprotokollen 4866 Plätze in diesen Einrichtungen. Die Werkstätten für behinderte Menschen der Landkreise Aschersleben-Staßfurt, Jerichower Land und Sangerhausen waren im Erhebungszeitraum noch nicht von den Besuchskommissionen besucht worden und konnten daher nicht berücksichtigt werden. Die Platzkapazitäten in den übrigen Landkreisen schwankten zwischen 116 und 687 Plätzen je 100.000 EW. Für Sachsen-Anhalt fand sich insgesamt eine Platzzahl von 235,5 Plätzen in Werkstätten für behinderte Menschen je 100.000 EW.

Werden die Angebote danach differenziert, für wen die Plätze bereitgestellt wurden, ergab sich, dass 4743 (97,5%) der Plätze in den Werkstätten für behinderte Menschen für Menschen mit einer

geistigen Behinderung bereitstanden. Lediglich 123 (2,5%) der Werkstattplätze waren für Menschen mit einer seelischen Behinderung oder Suchtkrankheit eingerichtet, was 5,6 Plätzen je 100.000 EW entsprach.

Tagestrukturierende Aktivitäten bzw. soziale Kontakte wurden in 14 Einrichtungen mit insgesamt 290 Plätzen an mindestens vier Halbtagen pro Woche ermöglicht. Von diesen Plätzen standen 169 (58,3%) für geistig behinderte Menschen und 121 (41,7%) für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen zur Verfügung. Werden diese Angebote zusammengezählt, existierten 11 solcher Plätze je 100.000 EW.

4.3.4 Versorgungslage mit ambulanten und kommunalen Diensten

Im Bereich der ambulanten Versorgung seien zunächst die in freier Niederlassung tätigen Nervenärzte und ärztlichen sowie psychologischen Psychotherapeuten erwähnt. Ihnen kommt neben den Hausärzten und Allgemeinmedizinern eine entscheidende Aufgabe bei der ambulanten Betreuung psychisch kranker Menschen zu. Die Angaben zur Anzahl der tätigen Psychotherapeuten wurden dem 6. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (1998) entnommen.

Mit dem Stand vom März 1998 waren in Sachsen-Anhalt insgesamt 105 Nervenärzte (mit oder ohne Zusatzqualifikation „Psychotherapie“), Psychiater, Psychotherapeuten und Ärzte anderer Fachgebiete mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ tätig. Daraus ergab sich eine Facharztdichte von etwa 3,9 Nervenärzten je 100.000 EW. Im Durchschnitt stand ein Nervenarzt für etwa 25.500 Einwohner zur Verfügung. Es bestanden erhebliche regionale Unterschiede bei der Verteilung der Nervenärzte. Die städtischen Regionen um Magdeburg und Halle wiesen deutlich höhere Nervenarztdichten auf als ländlichen Regionen. In den Landkreisen Quedlinburg, Sangerhausen, im Bördekreis und im Saalkreis war ein Nervenfacharzt für mehr als 50.000 Einwohner zuständig.

1996 bis 1998 waren im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 35 niedergelassenen oder ermächtigte ärztliche Psychotherapeuten und 81 psychologische Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt tätig. Dies entsprach einer bevölkerungsbezogenen Zahl von 3,0 Psychotherapeuten je 100.000 EW. Über die Hälfte der Psychotherapeuten waren jedoch hauptberuflich in einer Institution (Krankenhaus oder Hochschule) beschäftigt und praktizierten daher nicht ganztägig ambulant. Die regionale Verteilung der Psychotherapeuten war sehr unausgewogen. In fünf Landkreisen stand kein Psychotherapeut zur Verfügung, in fünf weiteren Landkreisen war ein Psychotherapeut für mehr als 100.000 Einwohner zuständig. Eine relativ hohe Dichte an Psychotherapeuten fand sich in der Stadt Halle, dem Landkreis Weißenfels und dem Altmarkkreis-Salzwedel.

Die anderen ambulanten und kommunalen Dienste: Die sozialpsychiatrischen Dienste, die Suchtberatungsstellen, die Polikliniken der Universitätskliniken und die ermächtigten Institutsambulanzen der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen werden im Folgenden betrachtet. Diese Einrichtungen wurden von den Besuchskommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung besucht. Um den quantitativen Beitrag dieser Dienste zur Versorgung zu erfassen, werden nach dem ESMS-V3 nicht die Platzangaben, die zumeist nicht möglich sind, sondern die Nutzerkontakte über einen Monat berücksichtigt. Diese Angaben ließen sich jedoch nicht aus allen Protokollen mit hinreichender Genauigkeit und Vollständigkeit entnehmen, so dass auf eine quantitative Analyse an dieser Stelle verzichtet werden musste. Es wurde daher lediglich die Verfügbarkeit der Dienste, die Intensität und die Frequenz, mit der eine Betreuung gewährleistet werden konnte, und die Zielgruppe der Dienste erfasst.

Einen rund um die Uhr aufsuchenden, speziellen psychiatrischen Kriseninterventionsdienst, der sieben Tage in der Woche verfügbar war, gab es 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt nicht. Diese Aufgaben wurden jeweils durch die Rettungsdienste des jeweiligen allgemeinen medizinischen Rettungsdienstes der Landkreise übernommen, die jedoch in der Regel keine spezielle psychiatrische Ausbildung vorweisen können. Als nichtaufsuchender Kriseninterventionsdienst, der rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche verfügbar war, wurden jeweils die diensthabenden Ärzte der psychiatrischen Krankenhäuser, Abteilungen und Universitätskliniken gewertet. Demnach wurden 1996 bis 1998 für alle 21 akutpsychiatrischen stationären Einrichtungen an 17 Standorten des Landes Sachsen-Anhalts ein solcher Dienst angenommen.

Die sozialpsychiatrischen Dienste und die anderen Beratungsstellen der einzelnen Landkreise mussten aufgrund der unterschiedlichen personellen Ausstattung und den daraus resultierenden Öffnungszeiten sehr verschieden im ESMS-System klassifiziert werden. Bei der Klassifizierung mussten neben den regionalen Unterschieden in den Bevölkerungsdichten auch die Verkehrsinfrastruktur beachtet werden.

Während der regulären Dienstzeit wurde eine aufsuchende Krisenintervention bei Bedarf noch am gleichen Tag durch 23 sozialpsychiatrische Dienste, einschließlich der Außenstellen, in 17 Landkreisen gewährleistet. Eine nichtaufsuchende Krisenintervention während der Dienstzeiten wurde durch drei Suchtberatungsstellen angeboten.

Eine aufsuchende, hochfrequente Dauerbetreuung, bei Bedarf mehr als drei Kontakte je Arbeitswoche, wurde von 25 sozialpsychiatrischen Diensten und einer Suchtberatungsstelle in 17 Landkreisen gewährleistet. Zehn weitere sozialpsychiatrischen Dienste und eine Suchtberatungsstelle konnten aufgrund der angegebenen Dienstzeiten eine aufsuchende, mittelfrequente Dauerbetreuung, das heißt bei Bedarf bis zu drei Kontakten je Arbeitswoche, bereitstellen.

Nichtaufsuchend, also ortsfest, konnten 22 Suchtberatungsstellen, fünf Institutsambulanzen, zwei Polikliniken und ein sozialpsychiatrischer Dienst eine hochfrequente Dauerbetreuung während der regulären Dienstzeiten an fünf Tagen pro Woche anbieten.

Fünf Suchtberatungsstellen, drei ambulante, in der eigenen Wohnung, betreute Wohnprojekte und eine Beratungsstelle für Psychiatrieerfahrene wurden als ortsfeste Dauerbetreuung mittlerer bzw. niedriger Frequenz gezählt, da diese nicht an allen Werktagen geöffnet waren.

Der Beitrag der Selbst- und Laienhilfe im psychiatrischen Versorgungsnetz konnte anhand der Protokolle der Besuchskommissionen nicht erfasst werden.

Eine Auflistung der Versorgungssituation in den einzelnen Regionen findet sich im Anhang (Kap. 8.2).

4.3.5 Erreichbarkeit der Einrichtungen

Bei der Beurteilung der Erreichbarkeit der Einrichtungen wurde sich auf die Einrichtungstypen beschränkt, für die es eine, durch Studien gesicherte, kritische Distanzschwelle (45 Minuten Wegzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Wohnort des Patienten) gibt. Dies wurde für psychiatrische stationäre Einrichtungen und die sozialpsychiatrischen Dienste nachgewiesen (Meise et al. 1996).

Zunächst wurden die stationären psychiatrischen Einrichtungen betrachtet. Besonders schlecht war die Erreichbarkeit in den dünn besiedelten nördlichen Landkreisen. Wurde die regionale Nutzung der Einrichtungen, wie im Landespsychiatrieplan vorgesehen, zugrunde gelegt, so mussten in den Landkreisen Stendal, Anhalt Zerbst, Wittenberg, Sangerhausen und dem Altmarkkreis Salzwedel teilweise Fahrzeiten von bis zu vier Stunden in Kauf genommen werden. Die für den Bördekreis, den Landkreis Schönebeck, den Saalkreis und den Landkreis Bitterfeld zuständigen stationären Einrichtungen in Haldensleben bzw. Bernburg lagen für alle ausgewählten Ortschaften erheblich außerhalb der kritischen Distanzschwelle.

Wenn jedoch die nächstgelegene stationäre Einrichtung berücksichtigt wurde, konnten die Einwohner der meisten Landkreise meist innerhalb einer Stunde eine psychiatrische stationäre Einrichtung erreichen. Besonders schlecht war allerdings die Verkehrsinfrastruktur im Landkreis Bernburg. Zwar erscheint die geografische Lage des psychiatrischen Fachkrankenhauses in der zentral gelegenen Stadt Bernburg günstig, jedoch wurde zum Beispiel für eine Entfernung von 18 km zwischen Belleben und Bernburg eine Wegzeit von 1,52 Stunden ermittelt. Andere Orte wie Preußlitz oder Plötzkau waren nach INSA-Auskunft (Nahverkehrsauskunft für Sachsen-Anhalt) nicht an das öffentliche Verkehrsnetz angeschlossen. In den südlichen Landkreisen mit relativ niedrigen Bettenmessziffern für stationäre Psychiatriebetten war die Erreichbarkeit der stationären Einrichtungen deutlich besser. Oft konnten die Einrichtungen innerhalb von 45 Minuten mit

öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden. Die kritische Distanzschwelle wurde hier nur selten leicht (bis max. 1,20 Stunden Wegzeit) überschritten.

Die Erreichbarkeit der sozialpsychiatrischen Dienste war in den dünnbesiedelten, nördlichen Landkreisen ebenfalls schlechter als in den südlichen, dichter besiedelten Landkreisen. Besonders lange Wegzeiten bis zu 1,40 Stunden musste ein Teil der Bewohner von einigen Ortschaften in den Landkreisen Jerichower Land, Bördekreis, Quedlinburg, Wittenberg, Altmarkkreis-Salzwedel und Anhalt-Zerbst in Kauf nehmen. In den anderen Landkreisen wurde die kritische Distanzschwelle durch die Standortverteilung der Dienststellen und die gut ausgebauten öffentlichen Verkehrsnetze eingehalten oder nur geringfügig überschritten.

5 Diskussion

5.1 Die psychiatrische Versorgungsforschung in Sachsen-Anhalt

Im Zuge der allgegenwärtigen Verteilungsdiskussionen um die knapper werdenden Ressourcen wird erwartet, dass die vorhandenen Ressourcen möglichst effektiv und effizient eingesetzt werden. Daher kommt einem suffizienten Qualitätsmanagement zur Qualitätssicherung in der Medizin und gerade auch in der psychiatrischen Krankenversorgung eine stärkere Bedeutung zu.

Qualität und Maßnahmen zur Qualitätssicherung können anhand der instrumentellen Kategorien *Struktur*, *Prozess* und *Ergebnis* spezifiziert werden (Donabedian 1986). Was den einzelnen instrumentellen Kategorien zugeordnet wird, ist Tabelle 5.1 zu entnehmen. Die dort aufgeführten Kategorien lassen sich zunächst nur auf die Qualität der Versorgung auf der Einrichtungsebene anwenden. Die alleinige Betrachtung der Einrichtungsebene wird dem systemischen und personenzentrierten Versorgungsansatz in der psychiatrischen Krankenversorgung nicht gerecht. Neben der Qualität der Versorgung in den einzelnen Einrichtungen ist auch die Qualität und Leistungsfähigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems insgesamt zu berücksichtigen. Die vorwiegend einrichtungszentrierte, psychiatrische Versorgungsforschung und Versorgungsplanung muss um den Aspekt der funktionellen Bedeutung der einzelnen Versorgungskomponenten für den Patienten oder Nutzer erweitert werden. Einen solchen methodischen Ansatz stellt das „Matrix-Modell“ von Tansella und Thornicroft (1998, 2001) dar.

Das „Matrix-Modell“ von Tansella und Thornicroft (1998, 2001) erweitert die instrumentellen Kategorien der Qualitätssicherung um die „geografische Ebene“. Die „Einrichtungsebene“ wurde in dieser „Matrix“ durch die „Patientenebene“ ersetzt. Tabelle 5.2 gibt einen Überblick über die zwei Dimensionen und die sich daraus ergebenden neun „Zellen“. Diese Zellen ermöglichen es, Probleme und Teilbereiche in der psychiatrischen Versorgung zu fokussieren. Durch die zwei Dimensionen des Modells wird den Anforderungen einer „funktionsorientierten“ psychiatrischen Versorgung entsprochen. Das „Matrix-Modell“ kann somit bei der Planung, Bereitstellung und

Evaluation der psychiatrischen Versorgung als konzeptioneller Rahmen dienen (Tansella und Thornicroft 2001).

Tabelle 5.1: Instrumentelle Kategorien der Qualitätssicherung

Strukturqualität (Input)	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Anzahl des Personals - Fachliche Qualifikation - Materielle Ausstattung - Organisationsstruktur
Prozessqualität (Process)	<ul style="list-style-type: none"> - Aufnahmeindikation (Selbstgefährdung, Fremdgefährdung, PsychKG, Erfolglosigkeit ambulanter Behandlung) - Behandlung: Diagnostik, somatische und pharmakologische Therapie, EKT, Psychotherapie, Soziotherapie etc. - Arzt-Patienten-Verhältnis - Stationsklima - Dokumentation
Ergebnisqualität (Outcome)	<ul style="list-style-type: none"> - Patienteneignisse (Todesfälle, Suizide, Fixierungen, besondere Vorkommnisse) - Gesundheitszustand im Verhältnis zum Aufnahmebefund - Subjektive Zufriedenheit - Lebensqualität - Rückfallgefährdung

Modifiziert nach Vauth (1996), zitiert nach Gaebel (1998)

Wird das „Matrix-Modell“ auf die vorliegende Erhebung angewendet, stellt diese Erhebung eine deskriptive Darstellung der geografischen Dimension der psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998 auf der regionalen Landkreisebene (*Catchment area*) und im Bundesland Sachsen-Anhalt (*Country level*) auf der Ebene der Strukturqualität (*Input*) dar. Dies entspricht den „Zellen“ 1A und 2A der „Matrix“.

Zu der geografischen Dimension „Patientenebene“ und den zeitlichen Dimensionen der Prozess- und Ergebnisqualität (*Process* und *Outcome*) kann die vorliegende Erhebung keine Angaben machen. Jedoch stellt die Erhebung und die Beurteilung der Strukturqualität eine wichtige Voraussetzung für nachfolgende und weiterführende Maßnahmen der Qualitätssicherung dar. Eine regelmäßig wiederholte Erhebung und Beurteilung der Strukturqualität ist wichtig, um eine umfassende, wohnortnahe und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung den sich verändernden Gegebenheiten und Anforderungen anpassen zu können und diese möglichst überall im Land umzusetzen.

Tabelle 5.2: Das Matrix-Modell der psychiatrischen Versorgung

Geografische Ebene	Zeitliche Ebene		
	(A) Struktur (<i>Input</i>)	(B) Prozess (<i>Process</i>)	(C) Ergebnis (<i>Outcome</i>)
(1) überregionale Ebene (Country level)	1A	1B	1C
(2) regionale Ebene (Catchment area)	2A	2B	2C
(3) Patientenebene (Patient level)	3A	3B	3C

Modifiziert nach Tansella/Thornicroft (2001)

In Tabelle 5.3 wird die Verknüpfung der Prinzipien gemeindenaher Psychiatrie, der sogenannten „Drei ACE's“ nach Tansella und Thornicroft (2001), mit dem „Matrix-Modell“ der gleichen Autoren dargestellt (siehe auch Tabelle 2.1). Es wird deutlich, dass auf den verschiedenen geografischen Ebenen jeweils andere Prinzipien vorrangige Bedeutung erlangen. So sind auf der „Patientenebene“ die Selbstbestimmtheit (*Autonomy*), die Kontinuität (*Continuity*) und die Effektivität (*Effectiveness*) vorrangig. Auf der „lokalen Ebene“ dagegen kommt allen Prinzipien bis auf die Selbstbestimmtheit des Patienten/Nutzers eine größere Bedeutung zu. Wird nun versucht, die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit den Kategorien zuzuordnen, dienen als konzeptioneller Rahmen die zweiten ACE's (Zugänglichkeit [*Accessibility*], umfassende Angebotsstruktur und Angebotsintensität [*Comprehensiveness*], Gleichbehandlung aller Bevölkerungsgruppen [*Equity*]) auf der regionalen Ebene. So kann beispielsweise für die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt für die Jahre 1996 bis 1998 auf regionaler Ebene, für jeden Landkreis, beurteilt werden, ob die Zugänglichkeit der existierenden Einrichtungen nach dem Kriterium der Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln gewährleistet wurde. Es kann ebenfalls auf regionaler Ebene bestimmt werden, ob die in den Jahren 1996 bis 1998 existierenden Einrichtungen eine umfassende psychiatrische Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen bereithielten. Und schließlich kann anhand des Modells und der vorliegenden Daten festgestellt werden, ob es eine „gerechte“ Gleichbehandlung für die Bevölkerung gab, also, ob alle Regionen über ähnliche Voraussetzungen bzw. Strukturen der psychiatrischen Krankenversorgung verfügten.

Tabelle 5.3 Verknüpfung der Prinzipien der gemeindenahen Psychiatrie, der „Drei ACE's“ mit dem Matrix-Modell nach Tansella und Thornicroft

Gemeindepsychiatrisches Prinzip		Geografische Ebene des Matrix Modells		
		Patient	Regional	Überregional
1. ACE	1 Autonomy	X		
	2 Continuity	X	X	
	3 Effectiveness	X	X	
2. ACE	4 Accessibility		X	
	5 Comprehensiveness		X	
	6 Equity		X	
3. ACE	7 Accountability		X	X
	8 Co-ordination		X	X
	9 Efficiency		X	X

Modifiziert nach Tansella und Thornicroft (2001)

5.2 Diskussion des Versorgungsforschungsansatzes

Ein weiterer Diskussionspunkt in der psychiatrischen Versorgungsforschung ist die Kritik am einrichtungszentrierten Versorgungsansatz. Allerdings lassen sich bisher verwendete „Versorgungsmarker“, wie zum Beispiel die Bettenmessziffer nur dann durch andere, eventuell

personenorientierte, Marker ersetzen, wenn diese entwickelt und in ihrer Anwendbarkeit erprobt worden sind. Die psychiatrische Versorgungsforschung steht hierbei vor einer schwierigen Aufgabe. Als Beispiel wird im Folgenden die Erweiterung der bisher verwendeten Bettenmessziffer angeführt.

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass die Bettenmessziffer allein nichts über die tatsächliche psychiatrische Versorgungssituation in einer Region aussagen kann. Die Bettenmessziffer sagt zum Beispiel nichts darüber aus, wie viele Betten von welchen Patienten der Region wie häufig genutzt werden. Sie beschreibt lediglich ein regional existierendes Angebot, meist in Bezug auf 100.000 Einwohner (Schräder 2002, Ernst 1998). Es werden damit zumindest Vergleiche der Angebotsstruktur auf der Einrichtungsebene zwischen einzelnen Regionen möglich. Jedoch können Unterschiede zwischen den Regionen durch die alleinige Berücksichtigung der vollstationären Bettenmessziffer verzerrt werden. So ist die psychiatrische Versorgung auf vollstationärer Ebene in einer Region, die nur wenige vollstationäre psychiatrische Betten bereitstellt, gegenüber einer Region mit vielen vollstationären Betten nur scheinbar schlechter, wenn dort neben den vollstationären Betten ein breitgefächertes Angebot an teilstationären Einrichtungen und Hilfen zum Wohnen in dieser Region existiert. Bettenmessziffern greifen in der Beurteilung der psychiatrischen Versorgungssituation zu kurz und können Substitutionseffekte nicht miteinfassen. Eine genauere Analyse der psychiatrischen Versorgungsqualität anhand der Bettenmessziffer ist nicht möglich (Schräder 2002). Für den vollstationären Bereich wird daher zunehmend häufiger die sogenannte „Krankenhaustäufigkeit“ als Orientierungswert ermittelt. In die Krankenhaustäufigkeit fließt neben der regional existierenden Bettenzahl und dem Auslastungsgrad dieser Betten, die Verweildauer und die Einwohnerzahl mit ein. Es wird die tatsächliche Belegung und Nutzung der Betten berücksichtigt (Schräder 2002).

In der vorliegenden Erhebung konnte diese Krankenhaustäufigkeit jedoch aufgrund der Datenstruktur nicht berücksichtigt werden. Trotz der Unzulänglichkeit der Messziffern wurden diese dennoch gebildet, um zumindest eine Vergleichbarkeit der Angebotsstrukturen auf der regionalen Ebene zu ermöglichen.

Mit der alleinigen Berücksichtigung der Krankenhaustäufigkeit und der Messziffern kann jedoch nur dem einrichtungszentrierten Versorgungsansatz Rechnung getragen werden. Der funktionsbezogene Ansatz wird hierbei weitgehend unbeachtet gelassen. Für den Patienten und den Nutzer des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems ist aber von entscheidender Bedeutung, ob das in der jeweiligen Erkrankungsphase benötigte Hilfsangebot in der Region für ihn verfügbar ist. Die Versorgungsfunktion, die von der einzelnen Einrichtung oder dem einzelnen Dienst in der Region wahrgenommen wird, sollte stärker beachtet und in ein Versorgungssystem eingeordnet werden. Dem funktionsbezogenen Versorgungsansatz wird das ESMS-Manual mit der Klassi-

fizierung der Einrichtung oder des Dienstes anhand der Versorgungsfunktion im psychiatrischen Versorgungsnetz gerecht. Durch die Verwendung des ESMS-Manuals in der vorliegenden Erhebung konnte somit eine, von eventuellen Interessen der einzelnen Träger oder stationären Einrichtungen unabhängige, funktionsorientierte Übersicht über die psychiatrische Versorgungsstruktur im Land Sachsen-Anhalt insgesamt und seinen Landkreisen im Einzelnen für die Jahre 1996 bis 1998 erstellt werden. Der funktionsorientierte Versorgungsforschungsansatz wurde somit stärker berücksichtigt.

5.3 Diskussion der Methode

Insgesamt zeigte sich, dass das ESMS-Manual gut geeignet war, die psychiatrische Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt der Jahre 1996 bis 1998 anhand der Daten aus den Besuchsprotokollen der Besuchskommissionen des „Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung“ darzustellen.

Unschärfen der Methode können sich durch die Übersetzung des Manuals im Vorfeld ergeben haben. Hier sei beispielhaft die Diskussion um die inhaltliche Übersetzung der Begriffe „out-patient and community service“ angeführt. Die zunächst von der Arbeitsgruppe in Erwägung gezogenen Begriffe „komplementär“ und „extramural“ wurden aufgrund ihrer „krankenhauszentrierten“ Belegung verworfen. Durch die Fokussierung auf die Nutzerperspektive rückte die Beachtung des Umstandes, ob die Wohnung auch über Nacht von den Nutzern verlassen werden muss, um die Angebote der Einrichtung nutzen zu können, in den Mittelpunkt. Um möglichst alle, nicht mit einer Übernachtung außerhalb der eigenen Wohnstätte verbundenen, Einrichtungen und Angebote bereits durch die Benennung des „Zweiges“ im ESMS-Versorgungsbaum leicht zuordnen zu können, wurde sich auf die Unterteilung in einen „stationären“ und „ambulanten“ Hauptzweig geeinigt. Im „ambulanten“ Hauptzweig wurde dann die nächste Unterteilung in „Tages- und Strukturierende Einrichtungen“ und „Ambulante und kommunale Dienste“ vorgenommen.

Um die Definitionen und Begriffszuordnungen praktikabel und versorgungsrelevant vorzunehmen, ist ein gewisses Maß an Kenntnissen des psychiatrischen Versorgungswesens und der tatsächlichen Versorgungsrealität erforderlich. Beschränkte man sich nur auf die wörtliche und inhaltliche Übersetzung des ESMS-Manuals, ließen sich die Einrichtungen der deutschen psychiatrischen Versorgung den ESMS-Kriterien nur schwer zuordnen. Eine spanischen Arbeitsgruppe, welche die Anwendbarkeit des ESMS-Manuals für die psychiatrische Versorgung für schizophrene Menschen in fünf spanischen Regionen untersuchte, diskutierte ebenfalls Schwierigkeiten bei der inhaltlichen Übersetzung und Anwendung des ESMS-Manuals (Salvador-Carulla et al. 2000).

Wichtig war die detailliertere Kenntnis der Versorgungsstrukturen nicht nur bei der Übersetzung des Manuals, vielmehr erforderte die Zuordnung einer Einrichtung vor allem im Bereich der ambulanten Einrichtungen oftmals tiefergehende Kenntnisse der Versorgungsrealität. So konnten die sozialpsychiatrischen Dienste zum Beispiel nicht immer nur durch die, in den Protokollen enthaltene Beschreibung ihrer Tätigkeit klar einer Betreuungsintensität zugeordnet werden. Hier musste davon ausgegangen werden, dass allen sozialpsychiatrischen Diensten in Sachsen-Anhalt vom Gesetzgeber der gleiche Versorgungsauftrag erteilt wurde. So wurden für alle sozialpsychiatrische Dienste während ihrer Öffnungszeiten sowohl ein aufsuchender Kriseninterventionsdienst (bei Bedarf noch am selben Tag), eine aufsuchende Dauerbetreuung (bei Bedarf mit mehr als drei Kontakten je Arbeitswoche) als auch eine ortsfeste Dauerbetreuung (bei Bedarf mit mehr als drei Kontakten je Arbeitswoche) angenommen. Ob dies von allen sozialpsychiatrischen Diensten tatsächlich gewährleistet werden konnte, ließ sich jedoch im Datenmaterial nicht anhand der Art und Anzahl der Klientenkontakten der einzelnen Einrichtungen überprüfen. Hilfsweise wurde die personelle Ausstattung der Dienststellen als maßgebliches Unterscheidungskriterium für die Betreuungsintensität herangezogen. So wurde angenommen, dass eine Dienststelle mit ein oder zwei Mitarbeiterinnen eine hochfrequente aufsuchende und ortsfeste Betreuung nicht gewährleisten konnte.

Als ein weiteres Beispiel für die Notwendigkeit der Kenntnisse der Versorgungsstrukturen sei die Einschätzung der Wohnheime mit den Außenwohngruppen genannt. Ein Merkmal für ein Wohnheim ist, dass von den Bewohnern jederzeit eine Person zu Hilfe gerufen werden kann (Gebhardt und Konrad 1999). Dies bedeutet jedoch nicht in jedem Falle, dass sich diese Person im gleichen Gebäude mit dem Bewohner aufhalten muss. Im ESMS wird für die Unterscheidung in der Betreuungsintensität denn auch die Betonung auf die Anwesenheit von Fachpersonal im Gebäude („within the facility“) gelegt. Sicherheitsdienste oder Reinigungskräfte werden nicht als betreuendes Fachpersonal gewertet. Inwieweit eine Außenwohngruppe, die von einem Dauerwohnheim mit ständiger Personalanwesenheit betrieben wird, nun mit einer geringeren Betreuungsintensität eingestuft wird, hängt von der Kenntnis der einschätzenden Person ab, wann und wie lange Fachpersonal in der Einrichtung anwesend ist. In der vorliegenden Erhebung wurde davon ausgegangen, dass in Außenwohngruppen nur tagsüber Fachpersonal im Gebäude anwesend ist und nachts ein Sicherheits- oder Pförtnerdienst als Ansprechpartner dient, der bei Bedarf den Kontakt zum Wohnheim, welchem die Außenwohngruppe angegliedert ist, herstellen kann. Außenwohngruppen wurden daher als „Wohnen, zeitlich unbegrenzt, Personal jeden Tag, aber weniger als 24 Stunden anwesend“ (entspricht ESMS-Kodierung 1.3.2.2.2 bzw. R12) klassifiziert. Diese Einschätzung ließ sich nicht direkt aus den vorliegenden Protokollen ableiten, sondern ergab sich aus Diskussionen der Arbeitsgruppe. In der Arbeitsgruppe waren Personen

vertreten, die unter anderem aufgrund ihrer Mitarbeit im Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung über detaillierte Kenntnisse der psychiatrischen Krankenversorgung verfügten. Insofern scheint eine Supervision durch mindestens eine, mit der psychiatrischen Versorgung vertraute Person bei der ESMS-Kodierung unverzichtbar.

Eine spanische Arbeitsgruppe kam zu einem ähnlichen Ergebnis im Umgang mit dem ESMS-Manuals. Es wurde festgestellt, dass für eine erfolgreiche Bearbeitung der Teilbereiche B und D des ESMS-Manuals eine kurze Einarbeitungsphase genügt, wenn die Daten während oder zumindest am Ende der Erhebung von einer, im Umgang mit dem Manual und mit dem psychiatrischen Versorgungssystem vertrauten Person supervidiert werden (Salvador-Carulla et al. 2000).

Becker et al. (2002) beschrieben in ihrer Erhebung zur psychiatrischen Versorgung schizophrener Menschen in fünf europäischen Regionen mit Hilfe des ESMS weniger Probleme bei der Zuordnung der existierenden Dienste zu einer der ESMS-Kategorien durch die regionalen Arbeitsgruppen als vielmehr bei der genauen Erfassung der Nutzungshäufigkeiten vor allem im Bereich der ambulanten Einrichtungen. Sie verweisen auf zum Teil erhebliche Abweichung bei der Datenerfassung in den verschiedenen regionalen Arbeitsgruppen. Sie forderten eine Vereinfachung vor allem des Teilbereiches C des ESMS-Manuals, um eine bessere Anwendbarkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen (Becker et al 2002).

Ein Teilaspekt der vorliegenden Arbeit war, zu prüfen inwieweit die in der Geschäftsstelle des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung vorliegenden Besuchsprotokolle der Besuchskommissionen als Datengrundlage für das ESMS-Manual verwendet werden können. Johnson et al. (2000) wiesen in der Veröffentlichung des ESMS-Manuals darauf hin, dass es erforderlich sei, eine gezielte Datenerhebung durchzuführen, wenn geplant ist, alle Teilbereiche des Manuals zu nutzen. Um eine möglichst breite Anwendbarkeit des Manuals zu ermöglichen, können aber auch Teilbereiche des Manuals isoliert angewendet werden. Dies sei insbesondere sinnvoll, um routinemäßig erstellte Datenbanken als Datenquelle nutzen zu können (Johnson et al. 2000). Zusammenfassend kann aus der vorliegenden Arbeit die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich die Protokolle der Besuchskommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung als Datenquelle für eine Erhebung mit den Teilbereichen B und D des ESMS-Manuals eignen.

Da es sich bei den genutzten Protokollen um halbstandardisierte Protokolle handelte, war die Qualität der enthaltenen Daten sehr heterogen. Konnten einigen Protokollen sämtliche Angaben in der erforderlichen Form (Mitarbeiterstruktur, Art der Nutzer, Nutzerkontakte innerhalb eines Monats) entnommen werden, bezogen sich die Angaben in anderen Protokollen auf andere Zeiträume oder es wurden andere Schwerpunkte, wie die bauliche Substanz der besuchten Einrich-

tung, gesetzt. Dies erklärt sich, wenn berücksichtigt wird, dass die Besuchsprotokolle nicht primär angefertigt wurden, um als Datengrundlage einer Erhebung mit dem ESMS-Manual zu dienen. Vielmehr erfolgen die Besuche der Besuchskommissionen zur Überprüfung, ob gesetzliche Vorschriften von den Einrichtungen im Interesse der betreuten Personengruppe eingehalten werden. Dazu kann insbesondere auch die Beurteilung der baulichen Substanz der besuchten Einrichtung gehören.

Im Informationsgehalt homogener als die Besuchsprotokolle und für die Erfassung der vorhandenen Dienste durchaus ausreichend, erwies sich die von der Geschäftsführerin des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung erstellte, jährlich aktualisierte Übersicht über die vorhandenen Einrichtungen, die der Versorgung und Betreuung psychisch kranker, geistig und seelisch behinderten Menschen dienen. Dieser Übersicht waren Angaben wie Art der Einrichtung, aktuelle Platzkapazität, Art der Nutzer, Art des Trägers, die Anschrift der Einrichtung und die Besuchsdaten durch die Besuchskommissionen zu entnehmen. Angaben zu Anzahl und Struktur der Mitarbeiter und Nutzungshäufigkeiten fanden sich hier dagegen nicht. Für nachfolgende Erhebungen bleibt zu erwägen, ob nicht diese Übersicht als Grundlage dienen sollte und ergänzende Angaben, wie Nutzungshäufigkeiten und Mitarbeiterstruktur über einen Fragebogen, der direkt an die Einrichtungen gesandt wird, ermittelt werden sollten.

Weitere methodische Schwierigkeiten der vorliegenden Arbeit ergaben sich dadurch, dass sich konzeptionelle Unterschiede der einzelnen Einrichtungen nicht immer mit dem ESMS adäquat abbilden lassen. So können mit dem ESMS „berufliche Rehabilitation“ und „Fördergruppen in den Werkstätten für behinderte Menschen“ nicht von „Tagesstätten“ unterschieden werden. Sowohl das eine als auch das andere wird als „nicht akute, andere strukturierende Tätigkeit an mindestens vier Halbtagen pro Woche“ (entspricht ESMS-Code 2.1.2.1.3 oder D4) eingestuft. Vor allem die inhaltlichen aber auch die sozialrechtlichen Unterschiede zwischen „Rehabilitation und berufliche Förderung“ und „Eingliederungshilfe in Tagesstätten“ lassen sich mit dem ESMS nicht abbilden. Diese Unterschiede variieren aufgrund der länderspezifischen rechtlichen Bestimmungen bereits in Deutschland stark (Cooper und Bauer 1987, Bauer 1997). Ein internationaler Vergleich, der diese Differenzierungen berücksichtigt, erscheint nicht realisierbar. Eine besondere Stärke des ESMS-Manuals kann eben genau darin gesehen werden, diese Unterschiede nicht zu beachten. Die Zuordnung im Versorgungsbaum erfolgt unabhängig von der Rechtsform oder Bezeichnung der Einrichtung. Es wird lediglich die Funktion, welche die Einrichtung im psychiatrischen Versorgungssystem erfüllt, erfasst. So können auch interregionale und internationale Vergleiche angestellt werden.

Aufgrund der, in der vorliegenden Arbeit, genutzten Datengrundlage konnten die üblicherweise im ESMS-Manual verwendeten Nutzungshäufigkeiten je 100.000 Einwohnern nicht verwendet

werden. Es wurden vielmehr, soweit möglich bevölkerungsbezogene Kennziffern anhand der vorgefundenen Platzkapazitäten errechnet. Dies erschwert allerdings die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit Erhebungen in anderen Regionen. Hier war meist, durch eine gezielte Datenerhebung, eine vollständige Anwendung des ESMS-Manuals möglich (Becker et al. 2002, Salvador-Carulla et al. 2000, Munizza et al. 2000). Die in der vorliegenden Erhebung gebildeten Kennziffern stellen demnach lediglich verfügbare Kapazitäten dar und lassen keine Rückschlüsse über die tatsächliche Nutzung der betrachteten Einrichtung zu. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zu den genannten Studien (Munizza et al. 2000, Salvador-Carulla et al. 2000, Becker et al. 2000) besteht in der betrachteten Bevölkerungsgruppe. In den internationalen Erhebungen wurden ausschließlich die Einrichtungen betrachtet, die der Versorgung schizophrener Menschen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren dienen. In der vorliegenden Arbeit wurde diese Beschränkung zu Lasten der internationalen Vergleichbarkeit erweitert, um einen möglichst vollständigen Überblick über die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt der Jahre 1996 bis 1998 zu erstellen.

5.4 Diskussion zum Erhebungszeitraum

Die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung stellen eine Momentaufnahme eines dynamischen Prozesses dar. Berücksichtigt wurden alle Einrichtungen und Dienste, die an der psychiatrischen Krankenversorgung in Sachsen-Anhalt beteiligt gewesen sind und die am Stichtag, dem 31.12.1998, von einer der Besuchskommissionen des Ausschusses der Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung besucht worden waren. Die nachfolgend im Einzelnen diskutierten Ergebnisse stellen, soweit nicht anders erwähnt, also den Stand der psychiatrischen Krankenversorgung der Jahre 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt dar. Abweichungen von anderen Statistiken lassen sich zum einen durch die Einschränkung auf die „besuchten“ Einrichtungen erklären. Zum anderen können Veränderungen, die vielleicht 1998 in einer, letztmalig vor dem Stichtag der Erhebung, 1996 „besuchten“, Einrichtung eingetreten waren, unberücksichtigt geblieben worden sein. Lagen zwei Protokolle der Besuchskommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung aus dem Erhebungszeitraum vor, wurde das Protokoll jüngeren Datums ausgewertet.

Starke Unterschiede zu anderen Statistiken vor allem im Bereich der ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ergeben sich durch das bundesweite Inkrafttreten des neuen Psychotherapeutengesetz Anfang 1999 (Kühn et al. 2000). Insofern ist ein Vergleich der hier vorgelegten Zahlen gerade in diesem Bereich auf Bundesebene schwierig. Es werden daher lediglich die Versorgungsdichten genannt und, soweit verfügbar, Vergleichszahlen aus vorangegangenen Jahren herangezogen.

Die angegebenen Messziffern beziehen sich, soweit nicht anders erwähnt, auf 100.000 Einwohner (EW). Die im Folgenden diskutierten Ergebnisse aus Sachsen-Anhalt sind also Angaben für die Jahre 1996 bis 1998 bezogen auf 100.000 EW. Die Vergleichswerte beziehen sich, soweit nicht anders erwähnt, ebenfalls auf 100.000 EW. Das Jahr, aus dem die Vergleichswerte stammen wird jeweils genannt.

Die vorliegende Arbeit soll als Grundlage für nachfolgende Erhebungen dienen, die ebenfalls mit dem ESMS-Manual in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden sollten. Es wurden somit sozusagen Ausgangsbefunde erhoben, was die Verwendung einer Zeitspanne berechtigen kann, wenn dies bei den Folgerhebungen berücksichtigt wird.

5.5 Diskussion der Ergebnisse

5.5.1 Die stationäre und teilstationäre medizinische Versorgung

Mit der Bettenmessziffer von 48 psychiatrischen Akutbetten lag Sachsen-Anhalt unter dem Bundesdurchschnitt mit 67,5 Betten im Jahr 1999 (Schröder 2002). Im Vergleich mit den anderen Bundesländern war die bevölkerungsbezogene Bettenmessziffer in Sachsen-Anhalt am niedrigsten.

Im teilstationären Bereich lag Sachsen-Anhalt mit 12,8 Plätzen etwas über dem Bundesdurchschnitt, der nach Pfeifer (1997) bei 12,5 Plätzen lag. Werden die Messziffern für stationäre und teilstationäre Plätze zusammen betrachtet, ergaben sich in Sachsen-Anhalt 60,9 Plätze in psychiatrischen stationären und teilstationären Kliniken. Dies lag an der unteren Grenze der Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG 1988). Die Expertenkommission hatte 60-80 (teil-)stationäre Plätze je 100.000 EW als ausreichend betrachtet, wenn die extramuralen Wohnangebote in ausreichender Anzahl und Diversität zur Verfügung standen. Der Anteil tagesklinischer Plätze sollte dabei ungefähr 15 Plätze je 100.000 EW betragen, wobei eine Bandbreite von 12-20 Plätzen angegeben wurde. Demzufolge blieben für die vollstationäre Versorgung nach diesen Empfehlungen minimal 40 Plätze und maximal 68 je 100.000 EW.

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern erscheinen die Bettenmessziffern in Deutschland recht hoch. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass in Deutschland, anders als zum Beispiel in England, Menschen mit Suchterkrankungen und gerontopsychiatrische Patienten in der Regel auch in den allgemeinspsychiatrischen Krankenhäusern versorgt werden (Bauer et al. 2001, Becker 1998).

Eine zu geringe vollstationäre Bettenrate kann die Versorgungsqualität in den stationären Einrichtungen erheblich verschlechtern. Diese Erfahrung wurde in einer Studie von Johnson et al. (1997a) in London belegt. Die Bettenmessziffer für psychiatrische Akutbetten betrug 1997 in London 44 je 100.000 EW. Die Bettenbelegungsraten erreichten mancherorts 125%. So war in

dieser Studie zum Beispiel der Aufnahme- und Entlassungsdruck in den stationären Einrichtungen hoch. Aggressives und gewalttätiges Verhalten auf den Stationen war häufiger. Patienten aus der Region konnten nicht aufgenommen werden und blieben entweder stationär unversorgt oder wurden in weiter entfernt gelegene Einrichtungen aufgenommen. Diese Probleme traten auch in anderen europäischen Ländern durch die Schließung der psychiatrischen Krankenhäuser bei nicht genügend raschem Aufbau funktionierender gemeindenaher Versorgungseinrichtungen auf (Bauer et al. 2001, Johnson et al. 1997a, Rutz 2001, Burti 2001).

Der europaweite psychiatrische Reformprozess führte bei allen regionalen Unterschieden weitestgehend zu einer Schließung und Verkleinerung der großen psychiatrischen Krankenhäuser und zum Aufbau gemeindenaher, vielfältiger stationärer und ambulanter Einrichtungen (Rutz 2001). Während zum Beispiel in England die psychiatrischen Krankenhäuser zum größten Teil bereits geschlossen sind oder deren Schließung geplant ist, verläuft dieser Prozess in Deutschland bisher als eine Art Kompromiss. Die psychiatrischen Landeskrankenhäuser wurden in Deutschland verkleinert und in der Ausstattung verbessert. Parallel dazu wurden psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eröffnet (Häfner 2000, Bauer 1995, Bauer et al 2001). Dieser Prozess wird von zahlreichen kontroversen Diskussionen begleitet. So sahen zum Beispiel Häfner et al. (1996) und Häfner (2000) eine Notwendigkeit in dem Fortbestehen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser zur ausreichend fachlich spezialisierten Versorgung von bestimmten Patientengruppen bei einer gleichzeitigen gemeindenahen Versorgung „unkomplizierter“ Patienten in den psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser. Dagegen beschrieb Bauer (1996, 1997) unter anderem die Arbeit der psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern, die eine regionale Versorgungsverpflichtung übernommen hatten, als qualitativ der Arbeit der psychiatrischen Fachkrankenhäuser gleichwertig, ausreichende quantitative und qualitative Kapazitäten vorausgesetzt. Die Patientenzufriedenheit war in den psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser etwas höher als in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern (Henderson et al. 1999). Bauer (1998) gibt an anderer Stelle zu Bedenken, dass sich einige der Diskussionen um die sogenannte „Spezialisierung“ und der befürchteten, dadurch entstehenden „Zweiklassenpsychiatrie“ auch durch das Verhalten der Patienten in Zukunft erübrigen werden. Der Autor postuliert, dass Patienten lieber das heimatnahe und durch die räumliche Nähe zum Allgemeinkrankenhaus weniger stigmatisierende, stationäre Angebot wahrnehmen werden und somit die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern den psychiatrischen Fachkrankenhäusern vorziehen werden (Bauer 1998).

Für die psychiatrische Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt 1996 bis 1998 musste festgestellt werden, dass der Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern noch nicht abgeschlossen war. Werden die psychiatrischen Universitätskliniken auch als psychiatrische

Abteilung an dem „Allgemeinkrankenhaus Universität“ mitgerechnet, so waren nur fast die Hälfte aller psychiatrischen stationären Akutbetten in einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus eingerichtet. Diese Situation dürfte sich seither durch den weiteren Ausbau der Abteilungen der Krankenhäuser in Wittenberg, Hettstedt, Querfurt und Naumburg zu Gunsten der Bettenzahl in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verändert haben.

Die Unterschiede der Bettenmessziffern zwischen den Landkreisen, mit einem markanten Nord-Süd-Gefälle, standen dem gemeindepsychiatrischen Prinzip der „gerechten“ Gleichbehandlung aller Einwohner und dem Prinzip der „gleichen Zugänglichkeit für alle“ entgegen. Ob diese Situation durch den weiteren Ausbau der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und tagesklinischer Einrichtungen seither verbessert werden konnte, bleibt abzuwarten.

Die Erreichbarkeit der psychiatrischen Einrichtung hat einen großen Einfluss auf das Nutzungsverhalten der Bevölkerung (Meise et al. 1996). Wenn die Einwohner Sachsen-Anhalts, gemäß der nach dem Landespsychiatrieplan ausgewiesenen „Versorgungsregionen“, ausschließlich die für sie „vorgesehene“ Einrichtung in Anspruch nehmen würden, müssten zum Teil erhebliche Wegzeiten in Kauf genommen werden. Es ist jedoch wahrscheinlicher, dass ein Betroffener und seine Familie die nächstgelegene Einrichtung aufsucht, in der die erwartete Hilfestellung bzw. medizinische Behandlung angeboten wird (Meise et al. 1996). Insofern sind die hier vorgelegten regionalen Bettenmessziffern unter dem Vorbehalt zu betrachten, dass die Bewohner der jeweiligen Regionen eventuell andere Regionen als „geplant“ zur Versorgung aufsuchten.

Als ein Beispiel hierfür sei die Versorgung im Saalkreis angeführt. Dieser Landkreis umgibt die Stadt Halle, die 1996 bis 1998 zwei vollstationäre psychiatrische Einrichtungen, mit einer Bettenmessziffer von 64,4, und vier teilstationäre Einrichtungen, mit einer Platzziffer von 22,3, vorweisen konnte, wie eine Art „Kragen“. Die öffentliche Verkehrsinfrastruktur war so gut ausgebaut, dass die Einrichtungen der Stadt Halle aus den meisten Ortschaften des Saalkreises bequem innerhalb der kritischen Distanzschwelle von 30 bis 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar waren. Die Stadt Halle und der Saalkreis verfügten über einen gemeinsamen allgemeinmedizinischen Rettungsdienst. Die landkreiseigenen Einrichtungen, wie der sozialpsychiatrische Dienst, betrieben ihre Dienststellen im Stadtgebiet der Stadt Halle. Im Landespsychiatrieplan war jedoch die regionale psychiatrische Versorgung durch das psychiatrische Fachkrankenhaus in Bernburg vorgesehen. Von keiner Ortschaft im Saalkreis war dieses Krankenhaus innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Dies wurde bei der Landespsychiatrieplanung offensichtlich nicht berücksichtigt. Es scheint aber durchaus sinnvoll, diese Überlegungen bei der regionalen Psychiatrieplanung mit einzubeziehen, damit Planungs- und Versorgungsrealität nicht zu stark voneinander differieren.

Noch bedeutender ist die Berücksichtigung der Erreichbarkeit bei den tagesklinischen Einrichtungen. Zu diesen Institutionen reisen die Patienten täglich an und wieder ab. Die Gesamtzahl der tagesklinischen Plätze in Sachsen-Anhalt lag im Bundesdurchschnitt, jedoch hatten neun Regionen keine psychiatrisch-psychotherapeutische Tageskliniken. Eine mögliche kreisübergreifende Versorgung ist aufgrund der Anforderungen an die Erreichbarkeit der tagesklinischen Einrichtung schwierig. Das gemeindepsychiatrische Prinzip der Zugänglichkeit und der Gleichbehandlung der Einwohner aller Regionen wurde für diesen Teilbereich der psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt 1996 bis 1998 nicht erfüllt.

Der Entfernung vom Wohnort wird für die, in unserer Erhebung „elektiv“ genannten, stationären Einrichtungen der psychotherapeutischen-psychosomatischen Medizin und den Suchtfachkliniken keine große Bedeutung beigemessen. Eine regionsübergreifende Versorgung in diesem Bereich wird allgemein befürwortet (Schräder 2002, Ernst 1998).

5.5.2 Die Versorgung im Bereich der niedergelassenen Nervenärzte und ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten

In Sachsen-Anhalt gab es in den Jahren 1996 bis 1998 insgesamt 3,9 im niedergelassenen Bereich tätige Nervenärzte je 100.000 EW. Unter der Bezeichnung „Nervenärzte“ sind hier alle im niedergelassenen Bereich tätigen Ärzte mit den Fachgebietsbezeichnungen Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Nervenarzt, entsprechend der „Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte“ vom 6. Februar 2001, zusammen gefasst (Schräder 2002). Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit den vorgenannten Gebietsbezeichnungen wurden zu den ärztlichen Psychotherapeuten gezählt und entsprechend berücksichtigt. Zur besseren Vergleichbarkeit wird im Folgenden die in diesem psychiatrischen Versorgungsbereich übliche Anzahl, der von einem Nervenarzt zu versorgenden Einwohner, der Region genannt.

In Sachsen-Anhalt war 1996 bis 1998 ein Nervenarzt für 25.500 EW zuständig. Dies war im Bundesdurchschnitt eine relativ geringe Dichte an Nervenärzten. Bundesweit versorgte 1997 ein niedergelassener Nervenarzt 12.300 EW (Schräder 2002). Auch im europäischen Vergleich lag die „Nervenarztdichte“ in Sachsen-Anhalt deutlich unter dem Durchschnitt, wie Tabelle 5.4 nach Ernst (1998) zeigt.

Tabelle 5.4 Dichte niedergelassener Psychiater in drei ausgewählten europäischen Ländern

Land	Jahr	Einwohner (in Millionen)	Niedergelassene Psychiater	Einwohner pro niedergelassenem Psychiater
Österreich	1995	7,9	576	1 : 13 715
Frankreich	1991	56,0	4992	1 : 11 218
Schweiz	1994	7,0	1327	1 : 5 275

Modifiziert nach Ernst 1998

Nach den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete (1975) sollte ein Nervenarzt 50.000 EW versorgen. Dilling et al. (1984) empfahlen aufgrund ihrer Traunsteiner Erfahrungen einen Nervenarzt je 35.000 EW. Diese Zahlen sind mittlerweile in Deutschland, weitgehend auch in Sachsen-Anhalt, von der Versorgungsrealität überholt. In Sachsen-Anhalt fanden sich jedoch in den Jahren 1996 bis 1998 vier Landkreise (Bitterfeld, Bördekreis, Quedlinburg, Sangerhausen), in denen ein Nervenarzt mehr als 50.000 EW zu versorgen hatte. Die Dichteziffer für Nervenärzte in Sachsen-Anhalt lag insgesamt deutlich unter den vorgeschlagenen Richtwerten der kanadischen und australischen Gesellschaft für Psychiatrie von 1:8.000 bzw. 1:7.500 bis 1:10.000 für eine ideale Versorgungsdichte mit niedergelassenen Nervenärzten (Burvill 1992).

In Sachsen-Anhalt häuften sich in den Jahren 1996 bis 1998 die niedergelassenen Nervenärzte in den städtischen Gebieten. Diese Versorgungssituation lässt sich weltweit feststellen (Ernst 1998). In den städtischen Ballungsräumen Halle (einschließlich Saalkreis) und Magdeburg fand sich, mit einem Nervenarzt für 7.000 EW eine über dem Bundesdurchschnitt liegende Versorgungsdichte. In den ländlichen Regionen dagegen stand in zwölf Kreisen ein niedergelassener Nervenarzt für 20.000 bis 50.000 EW zur Verfügung.

Diese Ergebnisse bestätigten die, bereits in der Psychiatrie-Enquete (1975) und im Bericht der Expertenkommission (BMJFFG 1988), vorbeschriebene (Ungleich-)Verteilung der Niederlassungen von Nervenärzten zwischen Ballungsräumen und ländlichen Gebieten. Auch in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2001) wurde diese Versorgungssituation weitgehend unverändert beschrieben.

Niedergelassene Nervenärzte sind jedoch ein unverzichtbarer Bestandteil des gemeindepsychiatrischen Verbundes. Ihre Leistungen müssen für eine umfassende, gemeindenaher, gemeindepsychiatrische Versorgung daher in jedem Kreis in ausreichendem Maße verfügbar sein (Schräder 2002, Ernst 1998). Prinzipiell substituierbar ist die Leistung niedergelassener Nervenärzte durch Ärzte in psychiatrischen Institutsambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen (Schräder 2002).

Die Einrichtung dieser Ambulanzen traf jedoch vielerorts auf erhebliche Schwierigkeiten. Böcker (1999) bekam in seiner Umfrage zur Bedarfsermittlung vor der Einrichtung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutsambulanz vorwiegend von Hausärzten und nichtpsychiatrischen Fachärzten eine, das Vorhaben befürwortende Antwort. Die befragten Nervenärzte antworteten entweder nicht oder standen dem Vorhaben ablehnend gegenüber. Der Autor führte das Argument der „vielleicht unliebsamen Konkurrenz“ als mögliche Erklärung der Ablehnung an. Dass eine solche nicht gefürchtet werden muss, legt Bauer (1997) dar. Der Autor führt an, dass aus systemimmanenten Gründen gerade mal 2% aller psychiatrischer Patienten von Institutsambulanzen behandelt werden könnten. Dies sei auch der Fall, wenn jedes psychiatrische Fachkrankenhaus und

jede psychiatrische Abteilung über eine Institutsambulanz verfügt. Weiterhin argumentierte Bauer (1997), dass die direkte Kostenabrechnung der Institutsambulanzen mit den Krankenkassen das Budget der niedergelassenen Nervenärzte über die kassenärztliche Vereinigung nicht zusätzlich belastet.

Seither wurden durch den Gesetzgeber Rahmenbedingungen geschaffen, die es jedem psychiatrischen Krankenhaus und jeder psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus ermöglichen, eine Institutsambulanz einzurichten. Dies könnte zu einer Verbesserung der Versorgungssituation im ambulanten Bereich vor allem für schwerst chronisch psychisch kranke Menschen geführt haben. Weitere Untersuchungen hierzu stehen jedoch noch aus.

An der psychotherapeutischen Versorgung in Sachsen-Anhalt waren 1996 bis 1998 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, zum Teil in eigener Niederlassung tätig und zum Teil in Institutionen angestellt, beteiligt. Ein Psychotherapeut stand in dieser Zeit für 34.300 EW zur Verfügung. Einschränkend muss angemerkt werden, dass über die Hälfte der im ambulanten Bereich in Sachsen-Anhalt tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zu dieser Zeit hauptberuflich in einer Institution angestellt waren und somit nur in einer sogenannten „Teilzeitniederlassung“ ambulant tätig sein konnten (Kühn et al. 2000). Im Vergleich war 1990 im Bundesdurchschnitt ein Psychotherapeut je 8.696 EW tätig (Meyer et al. 1991). Diese Zahlen beziehen sich auf einen Zeitraum vor in Kraft treten des neuen Psychotherapeutengesetzes Anfang 1999, was einen Vergleich der Zahlen gestattet (Kühn et al. 2000). Zur Psychotherapeutendichte nach dem Gültigwerden eines Psychotherapeutengesetzes zitiert Ernst (1998) Schätzungen für Deutschland und Österreich. Diese Schätzungen ergaben für Deutschland einen Psychotherapeuten je 7.273 EW und für Österreich einen Psychotherapeuten je 7.900 EW. Wie sich die Situation in Sachsen-Anhalt seit 1999 entwickelt hat, werden nachfolgende Erhebungen zeigen.

Bei den ambulant, ob nun in Vollzeit- oder Teilzeitniederlassung, tätigen Psychotherapeuten war in den Jahren 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt eine deutliche regionale Ungleichverteilung augenscheinlich. In fünf Landkreisen stand kein Psychotherapeut zur Verfügung. In weiteren fünf Landkreisen war ein Psychotherapeut für mehr als 100.000 EW zuständig. In dem urbanen Ballungsraum um die Stadt Halle fand sich die höchste Psychotherapeutendichte Sachsens-Anhalts in dieser Zeit mit einem Psychotherapeuten für 10.000 EW. Dieses Ergebnis bestätigt die schon in der Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975) und im Expertenbericht (BMJFFG 1988) beschriebene Situation der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die Frage, ob durch das in Kraft treten des Psychotherapeutengesetzes 1999 die regionale Verteilung der niedergelassenen Psychotherapeuten beeinflusst wurde, kann nur durch weitere Erhebungen beantwortet werden.

5.5.3 Die Versorgung bei den Hilfen zum Wohnen

Nach der vorliegenden Erhebung lebten ungefähr 240 von 100 000 Bürgern des Landes Sachsen-Anhalts in einem Dauerwohnheim mit ständiger Personalanwesenheit, während in allen anderen Formen der „Hilfen zum Wohnen“ lediglich 30 Plätze je 100.000 EW zur Verfügung standen. Nach der Statistik des Landesamtes für Versorgung und Soziales erhielten 1998 sogar 7200 Bürger Sachsen-Anhalts „Eingliederungshilfe“ für stationäre Einrichtungen. Das entsprach einer Messziffer von 268 Heimplätzen je 100.000 EW.

Wie viele psychisch kranke, seelisch behinderte oder suchtkranke Menschen tatsächlich in Heimen zu diesem Zeitpunkt gelebt haben, geht aus diesen Zahlen vermutlich nicht hervor. Verschiedene Autoren führen an, dass die Zahl der in Heimen lebenden psychisch kranken Menschen in der Bundesrepublik nicht genau bekannt ist (von Cranach 2000, Bundesministerium für Gesundheit 1998, Kunze 1998a,b). Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) über die Enthospitalisierung in Deutschland ergab, dass 72,2% aller zwischen 1973 und 1995 „enthospitalisierter“ ehemaliger Langzeitpatienten der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Heime verlegt wurden (von Cranach 2000, Zechert 1996). Die Lebensqualität in Heimeinrichtungen ist laut dieser Erhebung gering. Es besteht ein Mangel an Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre, die Intimsphäre ist wenig beachtet, der Alltagszyklus wird in 61% der Heime vom Personal bestimmt, die Beteiligung der Heimbewohner an der Umweltgestaltung ist gering und es besteht allgemein ein Zwiespalt zwischen dem Einhalten der organisatorischen Regeln und der Unterstützung individueller Bedürfnisse. Es werden besonders die mangelnde regionale Verankerung der Einrichtungen und die geringen Chancen der Heimbewohner in autonome Wohnbedingungen zu wechseln hervorgehoben (von Cranach 2000, Zechert 1996, Zechert und Suhre 1997). Diese Studien untermauern die Forderung nach einer „Enthospitalisierung“ der Heime, um eine „echte“ De-Institutionalisierung in der Psychiatrie zu erreichen (Zechert und Suhre 1997, Dörner 1997, von Cranach 2000, Häfner 2000, Bauer et al. 2001, Bauer 1995). Dörner (1998) konnte in Gütersloh für zwei Drittel aller Langzeitpatienten eine individuelle und gemeindenahе Wohnlösung finden ohne Rückgriff auf Heimeinrichtungen oder Heimgründungen im Bereich des psychiatrischen Krankenhauses. Ein Drittel musste allerdings wieder in Heimen untergebracht werden.

In England zeigten die Resultate der TAPS-Studie, dass bei der Schließung zweier psychiatrischer Großkrankenhäuser alle ehemaligen Patienten in gemeindenahen betreuten Einrichtungen untergebracht werden konnten. Auch für eine besonders schwer beeinträchtigte Gruppe der Entlassenen, konnten mit den sogenannten „ward-in-house“, wenn auch sehr personalintensive Betreuungsformen, dennoch gemeindenahе betreute Einrichtungen entwickelt werden (Becker 1995, 1998, Becker und Thornicroft 1998). Auf diese Gruppe von psychisch kranken Menschen verweist auch

Häfner (2000). Er führt aus, dass es schwerstbeeinträchtigte psychisch kranke Menschen gibt und geben wird, denen ein, wie auch immer geartetes, betreutes Wohnangebot in der Gemeinde nicht ausreichen wird. Er bezeichnet diese Patientengruppe ebenso wie Triemann (1997) als: „difficult to place“ oder wie Hopfmüller (1998) als: „Menschen, die keiner haben will“. Die Versorgung dieser, wenn auch sehr kleinen, Gruppe bleibt eine zu bewältigende Herausforderung der gemeindep psychiatrischen Versorgung (Häfner 2000, Schröder 2002, Becker 1998).

Eine erfolgreiche Enthospitalisierung kann nur bei einem umfassenden Angebot an alternativen extramuralen Wohnformen, je nach erforderlicher Betreuungsintensität, durchgeführt werden (Becker 1995, Bauer 1998, Ernst 1998, Gebhardt und Konrad 1999, Schröder 2002, Kunze 1998a,b). In der Literatur finden sich wenig Angaben darüber, wie viele Plätze einer bestimmten Wohnform für die Bevölkerung bereitgehalten werden sollten, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. In der Psychiatrie-Enquete (1975) wurden als Richtwerte für seelisch behinderte Erwachsene 25 Plätze je 100.000 EW in Dauerwohnheimen mit einer ständigen Personalanwesenheit und 20 Plätze je 100.000 EW in Übergangswohnheimen empfohlen. Empfehlungen für die sogenannten „betreuten“ Wohnformen fanden sich hier noch nicht. Bereits im Bericht der Expertenkommission (BMJFFG 1988) wurde das Konzept der „Übergangswohnheime“ als überholt betrachtet. Es wurde vielmehr davon ausgegangen, dass die in Übergangswohnheimen betreuten Klienten bei einem verbesserten Angebot im Bereich der betreuten Wohnformen perspektivisch entweder in Dauerwohnheimen oder in einer betreuten Wohnform leben könnten. Die Bundesarbeitsgruppe für Rehabilitation (BAR 2001) hält jedoch an dem „Übergangswohnheimkonzept“ fest, um durch ein umfangreiches Angebot an therapeutischen/rehabilitativen Leistungen die mögliche Selbständigkeit der Nutzer maximal fördern zu können und das Leben in einer betreuten Wohnform oder der eigenen Wohnung zu erreichen.

Eine besondere Bedeutung kommt den Übergangswohneinrichtung allerdings im Bereich der Suchtkrankenhilfe zu. Sie geben den Betroffenen eine Möglichkeit der sozialen Eingliederung und der (Re-)Orientierung (Schröder 2002). Diese besondere Bedeutung der Übergangswohnheime in der Suchtkrankenhilfe spiegelt sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Erhebung wieder. So waren sieben der insgesamt neun Übergangswohneinrichtungen speziell für suchtkranke Menschen eingerichtet. Die Platzanzahl in Übergangswohneinrichtungen für suchtkranke Menschen betrug insgesamt 5,2 je 100.000 EW. 1999 gab es in Hessen 1,2 Plätze je 100.000 EW in solchen Einrichtungen, was von den Autoren als ausreichend betrachtet wurde (Schröder 2002).

Schröder (2002) weist neben anderen Autoren auf den relativ geringen Bedarf an Dauerwohnheimen mit einer ständigen Personalanwesenheit für suchtkranke Menschen hin. Der Autor postuliert nur für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke einen solch hohen Betreuungsbedarf. In Sachsen-Anhalt gab es 6,9 Plätze je 100.000 EW speziell für suchtkranke Menschen in

Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit. Als Vergleichswerte sollen die 6,9 Plätze in Hessen, 10,7 Plätze in Rheinland-Pfalz und 4,9 Plätze in Baden-Württemberg je 100.000 EW des Jahres 1999 dienen (Schräder 2002).

Für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen fanden sich in Sachsen-Anhalt 39,7 Plätze in Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit. 1999 gab es im Bundesdurchschnitt 41 Plätze für seelisch behinderte Menschen in dafür spezialisierten Einrichtungen. Werden die Einrichtungen insgesamt betrachtet, die Plätze für suchtkranke und seelisch behinderte Menschen anboten, wurde der Bundesdurchschnitt in Sachsen-Anhalt fast erreicht. Wird jedoch weiter nach Angeboten in spezialisierten Einrichtungen differenziert, wurden lediglich 10,0 Dauerwohnheimplätze für seelisch behinderte Menschen und 6,9 Dauerwohnheimplätze je 100.000 EW für suchtkranke Menschen in spezialisierten Einrichtungen in Sachsen-Anhalt angeboten. Dies lag unter dem Bundesdurchschnitt. Für die verbleibenden 644 Plätze, die sich in der vorliegenden Erhebung für beide Gruppen zusammen in einer Dauerwohneinrichtung mit ständiger Personalanwesenheit gefunden haben, muss von einer Mischbelegung von seelisch behinderten und suchtkranken Menschen in anderen Dauerwohnheimen ausgegangen werden. Die strikte Unterscheidung zwischen seelisch behinderten und suchtkranken Menschen ist insofern schwierig, da eine relativ hohe Inzidenz für eine Komorbidität von schweren psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen nach jüngeren epidemiologischen Studien, zum Beispiel dem National Comorbidity Survey (Kessler et al. 1996) oder der Epidemiologic Catchment Area Study (Regier et al. 1990), angenommen werden muss. Die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung dieser Gruppe psychiatrischer Patienten wird nicht nur durch die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Patienten erschwert. Vielmehr stellen auch die bisher getrennten Entwicklungen und Kompetenzen der Versorgungssysteme für suchtkranke und psychisch kranke Menschen oftmals fast unüberwindbare Hürden für die umfassende Versorgung der „Doppelt-Erkrankten“ dar (Ridgely und Johnson 2001).

Nach der hier vorliegenden Erhebung gab es speziell für geistig behinderte Menschen in Sachsen-Anhalt 2212 Plätze in Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit, was 82,3 Plätzen je 100.000 EW entsprach. Die mittlere Größe dieser spezialisierten Einrichtungen lag bei 45 Plätzen pro Einrichtung, wobei drei Einrichtungen 100 oder mehr Plätze vorhielten. Die übrigen 3548 Plätze für geistig behinderte Menschen in Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit, die in dieser Erhebung gefunden wurden, befanden sich in Einrichtungen, die nicht nur für geistig behinderte Menschen ausgewiesen waren. Diese Einrichtungen wiesen im Durchschnitt eine Größe von 103 Plätzen auf. Zehn Einrichtungen stellten 100 oder mehr Plätze zur Verfügung, wobei eine Einrichtung sogar eine Platzkapazität von 598 Plätzen hatte. Wenn die im Vergleich dazu deutlich geringere Zahl an existierenden Plätzen in weniger intensiv betreuten

Wohnformen für diese Bevölkerungsgruppe berücksichtigt werden, scheint für geistig behinderte Menschen in Sachsen-Anhalt im berücksichtigten Zeitraum ein wenig differenziertes Angebot im Bereich Hilfen zum Wohnen existiert zu haben.

Im Bereich des betreuten Wohnens, ohne Übergangswohneinrichtungen, fanden sich 1996 bis 1998 in Sachsen-Anhalt für suchtkranke Menschen 1,8 Plätze, für seelisch behinderte Menschen, 5,4 Plätze und für geistig behinderte Menschen 10,1 Plätze, zusammengefasst also 17,2 Plätze. Selbst diese zusammengefasste bevölkerungsbezogene Zahl liegt deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts von 1999 mit 27 betreuten Wohnplätzen je 100.000 EW allein für seelisch behinderte Menschen. Vergleicht man die 5,4 Plätze für seelisch behinderte Menschen in Sachsen-Anhalt mit den bundesweiten Zahlen der Plätze in betreuten Wohneinrichtungen für seelisch behinderte Menschen des Jahres 1999, so fällt auf, dass diese Zahl, gerade einmal halb so hoch ist, wie die geringste Platzzahl der übrigen Bundesländern in Niedersachsen mit 10,0 Plätzen (Schräder 2002).

Nach neueren Konzepten (Brill 2000, LVR 2000, LWVH 1994) stellt das betreute Wohnen einen wichtigen Bestandteil des gemeindepsychiatrischen Verbundes dar und ist somit in allen Kreisen in einer ausreichenden Anzahl vorzuhalten (Schräder 2002). Für das betreute Wohnen für erwachsene, seelisch behinderte Menschen (ohne Suchtkrankenhilfe) wurden vom Landeswohlfahrtsverband Hessen (1994) ein Bedarf von mindestens 48 Plätzen je 100.000 EW als Empfehlung formuliert. Für die Suchtkrankenhilfe ging der Landeswohlfahrtsverband Hessen (1998) von einem zusätzlichen Bedarf von 20 Plätzen je 100.000 EW in betreuten Wohnformen aus.

Es ist zu bezweifeln, dass durch die Versorgung vor allem der geistig behinderten Menschen in Dauerwohnheimen mit einer ständigen Personalanwesenheit der unterschiedliche Hilfebedarf dieser Bevölkerungsgruppe im Einzelfall ausreichend berücksichtigt wird. Das ist aber im Sinne einer personenzentrierten psychiatrischen Versorgung zu fordern. Stellt doch das „Wohnen“ ein soziales Grundbedürfnis und den sozialräumlichen Bezugspunkt für das Leben in der Gemeinde in dem personenzentrierten und lebensfeldbezogenen Konzept von Rehabilitation im Sinne des personenzentrierten psychiatrischen Versorgungsansatz dar (Kauder et al. 1998).

Die deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP 2001) fordert, dass zwei Drittel aller Menschen, die aufgrund einer seelischen, geistigen oder einer als Folge einer Suchterkrankung aufgetretenen Behinderung, auf Hilfestellungen im Lebensbereich „Wohnen“ angewiesen sind, in „betreuten Wohnformen“ leben sollten. Die Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt während des Erhebungszeitraumes erfüllte diese Forderung nicht. Selbst wenn alle Plätze in betreuten Wohnformen und Übergangswohneinrichtungen für alle betrachteten Gruppen zusammengezählt werden, machten diese 30 Plätze je 100.000 EW gerade mal ein Achtel der 241,9 Plätze in den Dauerwohnheimen mit ständiger Personalanwesenheit für alle betrachteten Gruppen aus.

Die Anforderungen an eine bedarfsgerechte und personenzentrierte psychiatrische Versorgung waren für dieses zentrale Versorgungssegment in Sachsen-Anhalt noch nicht erfüllt.

Die regionale Verteilung und die Größe der Dauerwohneinrichtungen zeigte sich in Sachsen-Anhalt im Erhebungszeitraum unausgeglichen. Fünf Landkreise hatten weniger als 100 Dauerwohnheimplätze, sechs zwischen 100 und 200, neun zwischen 200 und 400 und drei Landkreise (Ohrekreis, Stendal, Quedlinburg) über 500 je 100.000 EW. Ein Drittel der Wohnheimplätze wurden von acht Heimen mit 160 und mehr Plätzen bereitgestellt (Neinstedter Anstalten, Heimbereich Uchtsprunge, Heimbereich Haldensleben, Borghardstift Stendal, Schloss Hoym, Pfeifferische Stiftungen Magdeburg, Haus Einetal bei Schielo, Amalienhof Dessau). Nur zwei dieser großen Einrichtungen (Haldensleben, Uchtsprunge) gingen aus ehemaligen psychiatrischen Anstalten hervor. Es ist zu vermuten, dass vor allem wirtschaftliche Interessen der Träger der Einrichtungen die Größe der Einrichtung bestimmen. Oft wird auch die Bedeutung der „ehemaligen“ Großeinrichtungen für den Arbeitsmarkt und die Wirtschaftskraft der Region hervorgehoben (Böcker et al. 2000, Becker 1998, Bauer 1995). Der Versorgungsbedarf einer Region scheint weniger eine Rolle zu spielen.

Werden dagegen die Regionen betrachtet, die besonders wenig Plätze in Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit bereithielten, fällt auf, dass in diesen Regionen weniger intensiv betreute Wohnangebote entweder ganz fehlten oder nur in geringem Maße verfügbar waren. Eine weniger intensiv betreute Hilfestellung im Bereich der Wohnhilfe substituierte die fehlenden Wohnheimplätze in diesen Regionen also nicht. Gab es in diesen Regionen keinen Bedarf? Das erscheint wenig plausibel. Es ist eher davon auszugehen, dass die Versorgung der Menschen mit Bedarf an Hilfestellungen im Lebensbereich „Wohnen“ dieser Regionen in andere Regionen „verlegt“ wurde. Damit wurde dem Grundsatz der „Gemeindenähe“ nicht entsprochen.

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Schwierigkeiten der Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung der letzten Jahre. Hat doch die TAPS-Studie in England (Becker 1995) eindrucksvoll gezeigt, dass Nutzer in betreuten Wohnformen, die vorher in den Langzeitabteilungen der psychiatrischen Großkrankenhäuser lebten, im neuen Lebensumfeld eine höhere subjektive Lebensqualität als vor ihrer Entlassung hatten. Kostenvergleichstudien belegen, dass selbst intensiv betreute Wohnformen kostengünstiger sind, als Wohnheime mit einer ständigen Personalanwesenheit (Schräder 2002, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern 1996 zitiert nach Zechert und Suhre 1997). Eine Vergleichsstudie zum Hilfebedarf von psychiatrisch pflegebedürftigen Patienten in einer stationären (Heim-) Einrichtung und ambulant betreute Patienten, durch einen in psychiatrischer Pflege spezialisierten Pflegedienst, zeigte, dass die ambulant betreuten Patienten bei vergleichbaren Erkrankungen und Beeinträchtigungen einen geringeren Hilfebedarf als die stationär versorgten Patienten aufwiesen. Die Pflegekosten lagen bei der ambulant betreuten

Gruppe niedriger (Gebhardt und Konrad 1999). Dies sind nur einige Vorteile der betreuten Wohnformen. Es muss aber berücksichtigt werden, dass nicht alle seelisch behinderten, geistig behinderten oder suchtkranken Menschen mit einer geringeren Betreuungsintensität ausreichend gut versorgt wären oder das Wohnheim, in dem sie zum Teil seit Jahrzehnten leben und als ihren Lebensmittelpunkt empfinden, verlassen wollen (Gebhardt und Konrad 1999, Ernst 1998). Für diese Gruppe wird es auch weiterhin einen Bedarf an Dauerwohneinrichtungen mit einer ständigen Personalanwesenheit geben, wie auch die Erfahrungen mit dem Enthospitalisierungsprogramm in England zeigten (Becker 1995, Becker 1998, Becker et al. 2002).

5.5.4 Die Versorgung im rehabilitativen und tagesstrukturierenden Bereich

Die Versorgungslage im Bereich der rehabilitativen und tagesstrukturierenden Einrichtungen erschien in Sachsen-Anhalt im Erhebungszeitraum regional ausgeglichen. Der überwiegende Teil der in diesem Versorgungssektor existierenden Einrichtungen waren Werkstätten für behinderte Menschen. Sämtliche Regionen in Sachsen-Anhalt waren im Erhebungszeitraum aufgrund der gesetzlichen Verpflichtungen laut Schwerbehindertengesetz und Werkstättenverordnung mit solchen Einrichtungen ausgestattet. In den Werkstätten für behinderte Menschen waren überwiegend geistig behinderte Menschen beschäftigt. Vereinzelt wurden von den Werkstätten für behinderte Menschen besondere Arbeitsbereiche, entweder innerhalb oder außerhalb der eigentlichen Einrichtung, für seelisch behinderte Menschen vorgehalten. Ganz vereinzelt gab es auch, unabhängig von den existierenden Werkstätten für behinderte Menschen, Ansätze für Selbsthilfefirmen. Formen der beschützten Arbeit, bei denen die Beschäftigten mehr als 50% des örtlichen Mindestlohnes erzielen konnten, fehlten im Erhebungszeitraum in Sachsen-Anhalt völlig.

Mit den Ansätzen der „Entflechtung“ der Werkstattplätze für geistig und seelisch behinderte Menschen wurde in Sachsen-Anhalt begonnen, um die Forderung der Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975) nach getrennten Werkstätten für geistig und seelisch behinderte Menschen umzusetzen.

Der Bedarf an Plätzen für seelisch behinderte Menschen in solchen Werkstätten ist zum einen abhängig davon, wie viele Personen bisher noch „unversorgt“ sind und zum anderen davon, wie viele Mitarbeiter in den sogenannten „ersten“ Arbeitsmarkt weitervermittelt werden können und damit davon, für wie viele Mitarbeiter die Arbeit in der Werkstatt eine Dauerbeschäftigung darstellen wird. Die Psychiatrie-Enquete ging 1975 von einem „Sofortbedarf“ von 20 beschützten Arbeitsplätzen je 100.000 EW und einer jährlichen Steigerung des Platzangebotes um 2 Plätze je 100.000 EW aus. Der Landeswohlfahrtsverband Hessen (1994) ging von einem Bedarf von 44 Plätzen je 100.000 EW an geschützten Arbeitsplätzen jedweder Form aus.

In Sachsen-Anhalt gab es im Erhebungszeitraum für alle betrachteten Bevölkerungsgruppen 235,5 Plätze je 100.000 EW in Werkstätten für behinderte Menschen. Wenn jedoch die speziell für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen ausgewiesenen Plätze betrachtet werden, ergaben sich nur 5,6 Plätze. Die Forderung nach einer bedarfsgerechten Versorgung für seelisch behinderte Menschen in diesem Versorgungssegment war in Sachsen-Anhalt während des Erhebungszeitraums nicht erfüllt.

Die Chancen der Vermittlung von seelisch behinderten Menschen an einen Arbeitsplatz auf dem „ersten“ Arbeitsmarkt hängt von der allgemeinen wirtschaftlichen Lage ab (Schräder 2002, Eikelman und Reker 1996). In einer Untersuchung zeigten Morgan und Cheadle (1975), dass die Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen auf dem „ersten“ Arbeitsmarkt ab 2% Grundarbeitslosigkeit erschwert und ab 6% Grundarbeitslosigkeit nahezu unmöglich zu sein scheint.

Die wirtschaftliche Situation Sachsen-Anhalts war und ist seit vielen Jahren anhaltend schlecht. Durch die Arbeitslosenquote von über 20% ist es für seelisch behinderte Menschen besonders schwierig, einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden oder den eigenen Arbeitsplatz während längerer Krankheitsphasen zu erhalten. Aufgrund der allgemeinen Planungsunsicherheit in den Betrieben fielen auch viele, bis zur „Wende“ existierende, beschützte Arbeitsplätze weg (Ernst 1998, Eikelman und Reker 1996).

Behinderte Menschen sollten nicht anders behandelt werden als gesunde Menschen. Gesunde Menschen haben jedoch eher als seelisch behinderte Menschen die Möglichkeit, sich in ein neues Arbeitsfeld einzuarbeiten oder die Region zugunsten einer Berufstätigkeit zu verlassen. Insoweit sind besonders geistig und seelisch behinderte Menschen durch die allgemein Lage am Arbeitsmarkt benachteiligt (Böcker et al. 2001, Böcker 1999a, Rabsch und Fürle 1999, Morgan und Cheadle 1975).

Die persönliche berufliche Qualifikation wird immer bedeutender bei der Suche nach einem Arbeitsplatz. Insofern ist besonders auch die berufliche Rehabilitation „personenzentriert“ durchzuführen. Mecklenburg (1999) betont, dass die bestehende Arbeitserfahrung vor dem Beginn eines Rehabilitationsprogramms neben der Motivation ganz wesentlich zum Erfolg der beruflichen Eingliederung beiträgt.

Ein Konzept der „umfassenden“ Rehabilitation wird in den Einrichtungen der „Rehabilitation psychisch Kranker“ (RPK) umgesetzt. In Sachsen-Anhalt gab es 1996 bis 1998 lediglich eine solche Einrichtung mit damals 16 Plätzen in der Stadt Halle/Saale. Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (1999) forderte bereits in seinem 6. Bericht die Ausstattung aller Regionen mit einer solchen Einrichtung, um die Situation im Bereich der beruflichen Rehabilitation für seelisch behinderte Menschen zu verbessern. Die Versorgungssituation im Bereich der beruflichen Integration der geistig behinderten Bürger von Sachsen-Anhalt er-

schien im Erhebungszeitraum durch die existierenden Werkstätten für behinderte Menschen und die Fördergruppen innerhalb dieser Einrichtungen regional ausgeglichen.

Tagesstätten sind nach der Expertenkommission (BMJFFG 1988 und Kruckenberg et al. (1998) ein wesentlicher Bestandteil des gemeindepsychiatrischen Verbundes für den Funktionsbereich Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie sollen für die psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen, die noch nicht einer stärker strukturierten Tagesbeschäftigung, wie die Arbeit an einem beschützten Arbeitsplatz, nachgehen oder die Angebote von Kontaktgruppen nutzen können, verfügbar sein. Tagesstätten haben gegenüber den psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken einen vorwiegend versorgenden Charakter und stellen in der Regel ein zeitlich unbefristetes Angebot dar (Schräder 2002).

Die Expertenkommission 1988 empfahl eine Tagesstätte mit 15 Plätzen als unverzichtbaren Bestandteil des gemeindepsychiatrischen Verbundes, welcher für je 100.000 bis 150.000 EW einer Region eingerichtet werden sollte. 1999 gab es im Bundesdurchschnitt 17 Plätze je 100.000 EW in Tagesstätten. In Sachsen-Anhalt fanden sich während des Erhebungszeitraumes in Tagesstätten 11,0 Plätze. Damit lag die Versorgungssituation in diesem Bereich unter dem Bundesdurchschnitt und unter den Forderungen der Expertenkommission (BMJFFG 1988).

Wie der weitere Bedarf an Plätzen in Tagesstätten sich generell gestalten wird, hängt nach Schröder (2002) von dem weiteren Fortschreiten des Enthospitalisierungsprozess der Heime ab. Der Bedarf dürfte demnach mit der Anzahl enthospitalisierter, ehemals in den Langzeiteinrichtungen der Krankenhäusern und jetzt zum Teil in Wohnheimen untergebrachten Patienten und der Anzahl von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen, die noch nicht genug stabilisiert sind, einer anderen tagesstrukturierenden Tätigkeit nachzugehen, noch weiter zunehmen. Wenn der langwierige Prozess der Enthospitalisierung weitgehend abgeschlossen sein wird, dürfte der Bedarf nicht weiter steigen (Schräder 2002). Da der Prozess der Enthospitalisierung während des Erhebungszeitraumes in Sachsen-Anhalt noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden konnte, bleibt zu vermuten, dass der Bedarf an Plätzen in Tagesstätten zunehmen wird und die Empfehlungen der Expertenkommission, zumindest zeitweilig, übersteigen wird.

5.5.5 Die Versorgung mit ambulanten und kommunalen Diensten

Zu den ambulanten und kommunalen Diensten zählen in der vorliegenden Erhebung die Suchtberatungsstellen, die sozialpsychiatrischen Dienste und Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige. Die Aufgaben der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe liegen nach den Empfehlungen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS 2001) in den Bereichen Prävention, Schadensminimierung, aufsuchende Maßnahmen, Beratung, psychosoziale Betreuung, Behandlung und Rehabilitation sowie

Integrationshilfen. Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe sollten in ein Gesamtbehandlungsnetz eingebettet sein und auf eine, wenn erforderlich, jahrelange Betreuung eingerichtet sein. Die Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe sollten eng mit den allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern, den Fachkliniken für Suchtkranke, Selbsthilfegruppen und den niedergelassenen Ärzten zusammenarbeiten (HLS 1999). Es sollte nach den Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG 1988) und dem Gutachten zur psychiatrischen Versorgung in Hessen (Schräder 2002) mindestens eine anerkannte Suchtberatungs- und Behandlungsstelle in jedem Landkreis, bzw. für 100.000 bis 150.000 EW vorhanden sein.

In Sachsen-Anhalt war diese Forderung, bis auf die Landkreise Aschersleben-Staßfurt und das Mansfelder Land, im Erhebungszeitraum erfüllt. Die vorhandenen Suchtberatungsstellen wurden in dieser Erhebung nur nach den in den Protokollen angegebenen Sprechzeiten in der Betreuungsintensität unterschieden. Ein aufsuchender Dienst wurde nur von den Suchtberatungsstellen angenommen, die eine solche Tätigkeit in den Protokollen ausdrücklich angaben. Dies war nach den Protokollen eher selten der Fall. Ob eine ambulante Suchtbehandlung von der Einrichtung durchgeführt werden konnte, ließ sich aus den Protokollen nicht entnehmen. Insofern kann nur eingeschätzt werden, dass das Netz der ambulanten Suchtberatungsstellen in Sachsen-Anhalt, bis auf die Landkreise Mansfelder Land und Aschersleben-Staßfurt, zumindest strukturell gut ausgebaut war. Es wurden auch von den sozialpsychiatrischen Diensten der Landkreise teilweise Aufgaben der Suchtkrankenversorgung wahrgenommen und erfüllt. Damit kann davon ausgegangen werden, dass suchtkranke Menschen in Sachsen-Anhalt auch in den Landkreisen ohne eigene Suchtberatungsstelle eine Anlaufstelle finden konnten.

In Sachsen-Anhalt war 1998 in jedem Landkreis aufgrund der landesrechtlichen Rahmenbedingungen mindestens ein sozialpsychiatrischer Dienst eingerichtet. In den Landkreisen mit einer geringen Bevölkerungsdichte gab es Außendienststellen der einzelnen sozialpsychiatrischen Dienste. Die personelle Ausstattung der sozialpsychiatrischen Dienste ließen, zumindest in den Außendienststellen, häufig nur eingeschränkte Dienstzeiten zu. Dadurch konnten für den Erhebungszeitraum nicht von allen sozialpsychiatrischen Diensten in Sachsen-Anhalt die gleichen Leistungen mit der gleichen Intensität erbracht werden. Das erklärt die unterschiedliche Klassifizierung im ESMS-System, bei gleicher Dienststruktur.

Nach Rössler (1992) stehen die Trägerschaft der sozialpsychiatrischen Dienste und die daraus resultierenden Aufgabenfelder dieser Dienste in einem relativ engen Zusammenhang. So geht eine kommunale Trägerschaft, wie in Sachsen-Anhalt, meist mit hoheitlichen Aufgaben (zwangsweise Unterbringung nach PsychKG) und einer großen Zahl von zu Betreuenden einher.

Nach den Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG 1988) sollten die sozialpsychiatrischen Dienste vor allem für seelisch behinderte Menschen beratende, vorsorgende, nachgehende und intervenierende Hilfestellungen leisten. Weiterhin sollten insbesondere die Krisenintervention und Koordination der Hilfeleistungen im Aufgabenspektrum der Dienste enthalten sein. Eine klare Differenzierung zwischen vorsorgender, nachgehender und beratender Betreuung kann gerade bei einer oftmals langjährigen Begleitung chronisch psychisch kranker Menschen nicht immer getroffen werden (Rössler 1992).

Aussagen über das tatsächlich vorgehaltenen Angebot der Hilfestellungen der sozialpsychiatrischen Dienste in Sachsen-Anhalt während des Erhebungszeitraumes lassen sich schwer treffen. Hierzu fehlten verlässliche Angaben in geeigneter Form in den Protokollen. Eine konsequente Anwendung und Durchsetzung einer Basisdokumentation für komplementäre Dienste, wie zum Beispiel von Salize et al. (2000) und Kallert (2001) entwickelt, könnte einen Lösungsansatz für das Problem der inhomogenen Datenlage in diesem Bereich bundesweit darstellen. Wenn zusätzlich in der Basisdokumentation auch die Kategorien des ESMS berücksichtigt werden würden, wäre auch die internationale Vergleichbarkeit der versorgenden Dienste und deren Leistungen im psychiatrischen Versorgungssystem deutlich vereinfacht.

Das Angebotsspektrum der bereitgehaltenen Hilfen der sozialpsychiatrischen Dienste sind unter anderem auch von den Zielgruppen des Dienstes abhängig. In Sachsen-Anhalt wurden sowohl psychisch kranke als auch suchtkranke Menschen von den sozialpsychiatrischen Diensten betreut. Vor allem in den Landkreisen in Sachsen-Anhalt ohne separate Suchtberatungsstelle dürften suchtkranke Menschen einen ganz erheblichen Anteil am Klientel der sozialpsychiatrischen Dienste dargestellt haben. Dies ist anhand der Ergebnisse der Modellerprobung im Modellprogramm der Bundesregierung (BMJFFG 1988) und des Gutachtens zur psychiatrischen Versorgung in Hessen (Schräder 2002) zu vermuten. So wurde im Bericht der Expertenkommission festgestellt, dass unter Umständen bis zu 50% der, von sozialpsychiatrischen Diensten, betreuten Klienten suchtkranke Menschen waren, wenn die Versorgung dieser Gruppe durch die sozialpsychiatrischen Dienste mit vorgesehen war. Schräder (2002) geht aufgrund der Entwicklungen der Erkrankungszahlen der letzten Jahre davon aus, dass die Zahl suchtkranker Menschen noch weiter zunehmen wird. Die Versorgungsstrukturen sollten daher gut ausgebaut werden.

Die dogmatische Trennung zwischen suchtkranken und psychisch kranken Menschen ist bei einer relativ hohen Inzidenz einer Komorbidität beider Störungen im Versorgungsalltag nicht immer möglich und für die betroffenen Personen auch nicht immer wünschenswert. In der umfassenden fachlichen Qualifikation der Mitarbeiter der Einrichtungen, die an der psychiatrischen Versorgung beteiligt sind, sehen Ridgely und Johnson (2001) eine Möglichkeit der Verbesserung der psychia-

trischen Versorgung der von Komorbidität von Suchterkrankung und psychischer Krankheit betroffenen Menschen.

Ein weiterer Grund, warum der sozialpsychiatrische Dienst und nicht die Suchtberatungsstelle von den Betroffenen in Anspruch genommen wird, könnte die Erreichbarkeit der Einrichtung sein. Gerade suchtkranke und psychisch kranke Menschen sind oftmals auf die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel im Alltag angewiesen (Meise et al. 1996). Durch die Einrichtung von Außenstellen war die Erreichbarkeit der sozialpsychiatrischen Dienste in fast allen Landkreisen Sachsen-Anhalts gut. Das heißt, innerhalb von 30 bis 45 Minuten war eine Dienststelle von ausgewählten Orten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Ausnahmen hiervon stellten nur einige Orte in den sehr dünn besiedelten Landkreisen Stendal und Altmarkkreis-Salzwedel dar.

Für den Landkreis Bernburg jedoch fand sich für die Einwohner einiger Orte keine Möglichkeit mit öffentlichen Nahverkehrsmitteln zu den Standorten sowohl der stationären als auch ambulanten psychiatrischen Einrichtungen zu gelangen. Diese Orte waren laut Auskunft der Fahrplanauskunft für Personennahverkehr Sachsen-Anhalt (www.insa.de) nicht an das Personennahverkehrsnetz angeschlossen. Die Einwohner dieser Ortschaften waren demnach auf die Nutzung eines Autos angewiesen, wollten sie die Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung nutzen. Wenn also ein psychisch kranker oder suchtkranker Mensch, der in einem dieser Orte wohnte, eine Beratungsstelle aufsuchen wollte und über kein eigenes Auto oder Führerschein verfügte, war er auf die Hilfe durch Angehörige oder Nachbarn oder die kostenintensive Nutzung eines Taxis angewiesen. Unter Umständen kann diese Tatsache einer potentiell erfolgreichen Behandlung oder Krankheitsbewältigung entgegenstehen. Gerade das gemeindepsychiatrische Prinzip der „Erreichbarkeit und Zugänglichkeit“ (*Accessibility*) hängt vom Ausbaugrad des öffentlichen Personennahverkehrs ab.

Eine weitere Forderung der Expertenkommission (BMJFFG 1988) war die Einrichtung von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und einem Psychiatriebeirat mit einem Psychiatriekoordinator zur besseren Koordination der existierenden Dienste, die der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung einer Region dienen. Diese sollten den sozialpsychiatrischen Diensten, soweit möglich, angegliedert sein bzw. von diesen koordiniert werden. Inwieweit diese Forderung in Sachsen-Anhalt 1996 bis 1998 umgesetzt war, wurde nicht erhoben. Wichtig scheint jedoch die Betonung der koordinierenden Aufgabe der sozialpsychiatrischen Dienste (BMJFFG 1988, Rössler 1992). In neueren Konzepten des gemeindepsychiatrischen Verbundes sollten die koordinierenden Stellen des gemeindepsychiatrischen Verbundes die psychosozialen Kontaktstellen sein (Schräder 2002). Einrichtungen mit dieser Bezeichnung gab es während des Erhebungszeitraumes in Sachsen-Anhalt keine. Die Funktion der psychosozialen Kontaktstellen wurde aber weitestgehend von den flächendeckend existierenden sozialpsychiatrischen Diensten wahrgenommen.

Den sozialpsychiatrischen Diensten kommen im Rahmen der, zunehmend an Bedeutung gewinnenden, funktionalen und institutionsübergreifenden, psychiatrischen Versorgung vorwiegend koordinierende Aufgaben zu. Die sozialpsychiatrischen Dienste sollten daher personell und strukturell so ausgestattet sein, dass diese anspruchsvollen Aufgaben der zukünftigen psychiatrischen Versorgung bewältigt werden können (Rössler 1992).

6 Schlussfolgerungen

Das ESMS-V3-Manual ist geeignet, die Besuchsprotokolle der Besuchskommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung als Datengrundlage zu nutzen, um eine standardisierte Übersicht über die psychiatrische Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt zu erstellen. Die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse sind zum einen durch die Datenqualität und zum anderen durch Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland erschwert. Die hier vorliegende Erhebung ist eine Momentaufnahme eines dynamischen Prozesses. Es wurde versucht, die psychiatrische Versorgungssituation der Jahre 1996 bis 1998 abzubilden. Im Rahmen der Qualitätssicherung handelt es sich hierbei um die Darstellung eines Merkmals der Strukturqualität. Für weiterführende Analysen erscheinen nachfolgende Erhebungen unter Verwendung des ESMS-V3-Manuals wünschenswert.

Es kann festgestellt werden, dass die stationäre und teilstationäre medizinische psychiatrische Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen in Sachsen-Anhalt regional unausgewogen war und am unteren Grenzwert der Empfehlungen der Expertenkommission lag.

Im Bereich der Suchtkrankenhilfe wurden in den stationären und teilstationären Einrichtungen akute Behandlungen ermöglicht. Entwöhnungsbehandlungen konnten in den überregional tätigen Suchtfachkliniken angeboten werden. Im ambulanten Bereich waren zahlreiche Suchtberatungsstellen oder sozialpsychiatrische Dienste in die Behandlung suchtkranker Menschen involviert. Die Angebote im Bereich der Hilfen zum Wohnen für suchtkranke Menschen waren im Vergleich zu den Angeboten für andere Bevölkerungsgruppen relativ gut differenziert und in ausreichender Zahl vorhanden.

Für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen waren die extramuralen Angebote im Bereich der Hilfen zum Wohnen wenig differenziert und im bundesweiten Vergleich in nicht ausreichender Anzahl verfügbar. Besonders musste die überproportional hohe Zahl an Dauerwohnheimplätzen mit einer ständigen Personalanwesenheit für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen erwähnt werden, während ambulant betreutes Einzelwohnen im Erhebungszeitraum in Sachsen-Anhalt eher die Ausnahme war. Diese Schlussfolgerung lässt sich ebenso für die Einrichtungen für geistig behinderte Menschen ziehen.

Die gut ausgebaute Versorgungsstruktur im Bereich der rehabilitativen und tagesstrukturierenden Einrichtungen kam vor allem durch die flächendeckend aufgebauten Werkstätten für behinderte Menschen zu Stande. Dies scheint durch die gesetzlich geregelte Verpflichtung der Leistungsträger und der daraus resultierenden Planungssicherheit der Leistungserbringer bedingt zu sein. Die berufliche Rehabilitation und die Bereitstellung von Arbeitsplätzen für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen war demgegenüber gering ausgebaut. Es gab viele Ansätze, strukturelle Angebotsverbesserungen in diesem Bereich zu schaffen, die jedoch in der großen Zahl der Werkstattplätze untergingen. Formen der beschützten Arbeit, außerhalb der Werkstätten für behinderte Menschen, existierten in sehr geringem Umfang.

Ambulante Beratungs- und Kontaktstellen, welche unabhängig von den flächendeckend ausgebauten sozialpsychiatrischen Diensten und Suchtberatungsstellen arbeiteten, existierten im Erhebungszeitraum in Sachsen-Anhalt kaum.

Insgesamt waren die Forderungen der Psychiatrie-Enquete und der Expertenkommission nach einer bedarfsgerechten, wohnortnahen, differenzierten und koordinierten psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998 noch nicht umfassend erfüllt gewesen. Die Verteilung der Dienste und Einrichtungen ist nicht durchgehend bedarfsgerecht (Fachärzte und Psychologen, geschützte Arbeit), nicht wohnortnah (große Heime), nicht differenziert genug (Formen der Hilfe zum Wohnen) und die Standorte sind eher historisch als bedarfsgerecht koordiniert entstanden (historische Standorte großer Heime).

7 Literaturverzeichnis

- Ackerknecht E** (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: Enke
- Angermeyer MC, Matschinger H** (1996): Soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken. Gesundheitswesen; 58 Sonderheft 1: 18-24
- Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung** (1997): 4. Bericht Mai 1996 – April 1997. Halle(Saale)
- Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung** (1998): 5. Bericht Mai 1997 – April 1998. Halle(Saale)
- Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung** (1999): 6. Bericht Mai 1998 – April 1999. Halle(Saale)
- Australien Bureau of Statistics** (1997): Mental Health and Well Being. Profile of Adults. Canberra, Australien Bureau of Statistics
- Bauer M** (1995): Zur Frage der Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser. Psychiat. Prax. 22: 48-49
- Bauer M** (1996): Keine zeitgemäße psychiatrische Versorgung ohne Sektorisierung! Psychiat. Prax 23: 53
- Bauer M** (1997): Institutsambulanzen: Partner oder Konkurrenten für niedergelassene Nervenärzte? Spektrum der Psychiatrie 26: 11-16
- Bauer M** (1998): Vollversorgung durch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern – Zum Stand einer 25-jährigen Versorgungsdebatte. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg): Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien New York; S. 317-320
- Bauer M, Kunze H, von Cranach M, Fritze J, Becker T** (2001): Psychiatric reform in Germany. Acta Psychiatr Scand Suppl, 410: 27-34
- Becker T** (1995): Die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser in England: Evaluation durch das TAPS-Projekt - Ein Literaturbericht. Psychiatr Prax; 22: 50-54
- Becker T** (1998): Gemeindepsychiatrie: Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Stuttgart, New York, Thieme
- Becker T** (2001): Out-patient psychiatric services. In: Thornicroft G, Szmukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 277-282
- Becker T, Johnson S** (1998): Epidemiologie psychischer Störungen und ihr Einfluss auf den Versorgungsbedarf. In: Balk L, Klein H, Schmidtke A (Hrsg): Grundlagen der Bedarfsermittlung in der psychiatrischen Versorgung. Bocholt, Eicanos, S. 25-33

- Becker T, Thornicroft G** (1998): Aktuelle Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Grossbritannien. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg): Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien New York, S. 333-336
- Becker T, Hulsmann S, Knudsen HC, Martiny K, Amaddeo F, Herran A, Knapp M, Schene AH, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL** (2002): Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37 (10): 465-474
- Becker T, Vázquez-Barquero JL** (2001): The european perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 410: 8-14
- Berger** (1999): Psychiatrie und Psychotherapie. München, Wien, Baltimore, Urban-Schwarzenberg: 220-239
- Bindman J, Johnson S** (1999): Care Programme Approach in England – Qualitätssicherung und konzeptioneller Rahmen gemeindepsychiatrischer Versorgung. *Psycho* 25: 723-727
- Bland RC, Newmann SC, Orn H** (1988): Period prevalence of psychiatric disorder in Edmonton. *Acta Psychiat Scand Suppl* 338 (77): 33-42
- Blazer II DG, Kaplan BH** (2000): Contrversies in Community-Based Psychiatric Epidemiology: Let the Data Speak for Themselves. *Arch Gen Psychiatry* 57: 227-228
- Böcker FM** (1997): Stationäre und teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Land Sachsen-Anhalt. In: Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt. 4. Bericht 1997. Landesamt für Versorgung und Soziales Sachsen-Anhalt: 64-67
- Böcker FM** (1998): Der Beitrag psychiatrischer Abteilungen zur Umgestaltung der stationären Versorgung: Das Beispiel Sachsen-Anhalt. *Psychiat. Prax;* 25: 179-182
- Böcker FM** (1999): Einrichtung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutsambulanz: Umfrage zur Bedarfsermittlung. *Psychiat. Prax.* 26: 299-302
- Böcker FM** (1999a): Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg): Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf: Die Situation in Sachsen-Anhalt. Halle/Saale
- Böcker FM, Hennig H** (1998): Zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung. In: Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (Hrsg). 5. Bericht Mai 1997 – April 1998. Halle/S., S. 51-62
- Böcker FM, Jeschke F, Brieger P** (2000): Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem „European Service Mapping Schedule“ ESMS. In: Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (Hrsg): 7. Bericht Mai 1999 – April 2000. Halle/S., S. 51-62

- Böcker FM, Jeschke F, Brieger P** (2001): Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem „European Service Mapping Schedule“ ESMS. *Psychiat Prax*; 28: 393-401
- Breslow RE** (2001): Emergency psychiatric services. In: Thornicroft G, Szukler G: *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, S.: 265-276
- Brieger P, Wetzig F, Böcker FM** (2003): Institutions and services of psychiatric care in Saxony-Anhalt: assessment with the European Service Mapping Schedule. *European Psychiatry*; 18: 145-147
- Brieger P.** (im Druck): Epidemiologie und soziodemografischer Hintergrund. In: Maneros A (Hrsg.): *Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen*. 2. Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart, New York
- Brill KE** (2000): Zum Stand der Entwicklung komplementärer Angebote. *Psychosoziale Umschau*; 4: 4-7
- Brugha TS, Jenkins R, Taub N, Meltzer H, Bebbington PE** (2001): A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med*; 31: 1001-1013
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen** (2001): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte). *Bundesanzeiger* Nr. 102, Seite 11037 vom 30.06.2001
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.)** (2001): Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation. Heft 9. Frankfurt/Main
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)** (1991): Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen – im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (30.05.1991)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)** (1998): Leben im Heim Angebotsstrukturen und Chancen selbstständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 102
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (Hrsg.)** (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn

- Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V., Fachverband Psychiatrie in der Caritas (Hrsg.)** (1999): Pro Psychiatrie Qualität: PPQ: Handbuch zur Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie. Reutlingen: Diakonie-Verlag
- Burns T** (2001): Balancing the service elements. In: Thornicroft G, Szukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 223-230
- Burti L** (2001): Italian psychiatric reform 20 plus years after. Acta Psychiatr Scand Suppl; (410): 41-46
- Burvill PW** (1992): Looking beyond the 1:10.000 ratio of psychiatrists to population. Austral New Zealand J Psychiat 26: 265-272
- Cooper B, Dilling H, Kanowski S, Renschmidt H** (1985): Die wissenschaftliche Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Prinzipien und Forschungsstrategien. Nervenarzt; 56: 348-358
- Cooper B, Bauer M** (1987): Developments in mental health care and services in the Federal Republic of Germany. Int. J. Ment. Health 16: 78-93
- Cranach M von** (2000): Formen betreuten Wohnens innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Psychiat Prax; 27, Sonderheft 2: 59-63
- Deutscher Bundestag** (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag 1975. 7. Wahlperiode. Drucksache 7/4200. Heger; Bonn
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) (Hrsg)** (2001): Weiterbildung in Suchttherapie. <http://www.dhs.de/reihe/weiter.htm>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)** (Hrsg.) (1997): Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Springer; Berlin
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)** (2001): Stellungnahme der DGPPN zur Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Puhlheim; Aachen, Augsburg
- Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP)** (2001): Psychiatriepolitische Eckpunkte der DGSP. Köln
- Dilling H, Weyerer S, Castell R** (1984): Psychiatrische Erkrankungen in der Bevölkerung. Eine Felduntersuchung zur psychiatrischen Morbidität und zur Inanspruchnahme ärztlicher Institutionen in drei ländlich-kleinstädtischen Gemeinden Traunsteins/Oberbayern. Stuttgart: Enke
- Dohrenwend BP** (1995): "The problem of validity in field studies of psychological disorders" revisited. In: Dohrenwend BP (Ed): The Problem of Validity in Field Studies of Psychological Disorders Revisited. Wiley-Liss; New York, Chichester, Brisbane; p: 3-20

- Donabedian A** (1986): Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin* 12 (3): 99-108
- Dörner K** (1997): Reformstau. Von der De-Institutionalisierung zur Re-Institutionalisierung. Zum Entwicklungsstand der Landeskrankenhäuser. *Soziale Psychiatrie*: 11-13
- Dörner K (Hrsg)** (1998): Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Jakob von Hoddis, Gütersloh
- Eikelmann B** (2000): Sozialpsychiatrische Aspekte psychischer Krankheiten. In: Möller, Laux, Kapfhammer (Hrsg): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin; Springer, Heidelberg, New York, S: 202-230
- Eikelmann B, Reker Th** (1996): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter - Historische, konzeptuelle und wissenschaftliche Aspekte. *Gesundheitswesen* 58 Sonderheft 1: 72-78
- Ernst K** (1998): *Psychiatrische Versorgung heute: Konzepte, Konflikte, Konsequenzen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Finzen A** (1995): Qualitätssicherung in der Sozialpsychiatrie. In: Haug HJ, Stieglitz RD (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Stuttgart, Enke, S.: 132-140
- Gaebel W** (1998): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In: Gaebel W, Falkei P (Hrsg.): *Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Wien/New York: Springer, S.: 277-294
- Gebhardt R-P, Konrad M** (1999): Vergleich des Hilfebedarfs von Patienten in stationärer und ambulanter psychiatrischer Pflege. *Psychiatr. Praxis* 26: 233-237
- Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmassnahmen des Landes Sachsen-Anhalt** vom 30.01.1992, GVBL S. 88
- Gesetz über die Einführung von Ländern in der DDR** vom 22.07.1990, GBL I Nr. 51 S. 955
- Goldberg D, Huxley P** (1980): *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. Tavistock, London, New York
- Häfner H** (1987) : Do we still need beds for psychiatric patients ? *Acta Psychiatr Scand* 75: 113-126
- Häfner H** (2000): Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Krankenhauspsychiatrie* 11/2000: 145-157
- Häfner H, Rössler W, Häfner-Ranabauer W** (1996): Zwei-Klassen-Psychiatrie. *Psychiatr. Prax.* 23: 55-66
- Hansson L, Christiansen L, Sandlund M** (1997): The nordic comparative study on sectorized psychiatry. Part V *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32: 12-18

Hausmann U (1999): Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters. Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Sachsen-Anhalt, 6. Bericht, Landesamt für Versorgung und Soziales, Halle(Saale): 61-66

Henderson C, Phelan M, Loftus L, Dall'Agnola R, Ruggeri M (1999): Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatr Scand* 99: 188-195

Heinze H (1998): Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters. Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Sachsen-Anhalt, 6. Bericht, Landesamt für Versorgung und Soziales, Halle(Saale): 71-73

Hell D (1998): Kann im Rahmen der Sektorisierung der Bedarf angemessen befriedigt werden? In: Gaebel W, Falkei P (Hrsg.): Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Wien/New York: Springer, S.: 310-316

Hessische Landesstelle gegen Suchtgefahren (HLS) (Hrsg) (1999): Suchthilfe in Hessen. Beratung, Behandlung, Integration. 5. Auflage, Frankfurt

Hopfmüller E (1998): Integration der Nichtintegrierbaren? – Systemsprenger oder das Salz der Erde? In Dörner K (Hrsg): Ende der Veranstaltung. Jakob von Hoddis, S.: 91-100

ICIDH (1995): International classification of impairments, disabilities and handicaps. Matthesius RG (Hrsg.), 2 vollst. Überarbeitete Auflage der deutschen Übersetzung, Berlin, Ullstein Mosby

Jenkins R, Singh B (2001): Mental disorder and disability in the population. In: Thornicroft G, Szukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 101-117

Johnson S, Salvador-Carulla L (1998): Description and Classification of mental health services: a European perspective. *Eur Psychiatry* 13 (7): 333-341

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group (1997): The Europeans Service Mapping Schedule (ESMS) Version 3 – February 1997. London, Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, University College London Medical School

Johnson S et al. (eds) (1997a): London's Mental Health. The report to the King's Fund London Commission. King's Fund Publishing, London

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group (2000): The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand*, 102, Suppl. 405: 14-23

Kallert TW (Hrsg) (2001): Basisdokumentation in der Gemeindepsychiatrie: Entwicklung und Erprobung eines Instruments für den komplementären Versorgungsbereich. Bonn, Psychiatrie-Verl.

Kauder V, Aktion psychisch Kranke (Hrsg.) (1998): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichts zum Forschungsprojekt des Bundesmi-

nisteriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Psychiatrie-Verlag; Bonn

Kessler RC, Nelson CB, McConagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ (1996): The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implication for prevention and service utilisation. American Journal of Orthopsychiatry 66: 17-31

Kirschenbauer HJ (2002): „Der Frankfurter Weg“ – Eine Vision wird Realität? Referat auf dem 52. Wissenschaftlichem Kongress des Bundesverbandes der Ärzte der ÖGD e.V. und des Bundesverbandes der Zahnärzte des ÖGD e.V. in Halle /Saale, Sachsen-Anhalt vom 23.-25. Mai 2002

Kruckenberg P, Kunze H, Brill KE, Crome A, Gromann P, Hölzke R, Krüger U, Stahlkopf D (1998): Von Institutions- zu Personenzentrierten Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung. Band I; Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit: „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 116, Baden-Baden, Nomos

Kühn A, Liedtke A, Wunschel I, Schulze H, Ullmann U, Kleinschmidt , Hennig H (2000): Results of an evaluation of psychotherapeutic care from the viewpoints of patients and therapists in Saxony-Anhalt. Psychother Psychosom Med Psychol. 50 (8): 322-327

Kulenkampff C (1990): Aufbau und Funktion des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. In Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission Tagungsbericht. Hrsg. C. Kulenkampff, U. Hoffmann, AKTION PSYCHISCH KRANKE Tagungsberichte Band 16, Köln, Rheinland-Verlag: 11-18

Kunze H, Kaltenbach L (1996): Psychiatrie-Personalverordnung. Stuttgart: Kohlhammer

Kunze H (1998): Psychiatrischer Versorgungsbedarf und Personalverordnung Psychiatrie. In: Balk L, Klein H, Schmidtke A (Hrsg): Grundlagen der Bedarfsermittlung in der Psychiatrischen Versorgung. Bocholt, Eicanos, S. 11-25

Kunze H (1998a): Evaluation gemeindepsychiatrischer Dienste aus der Sicht des psychiatrischen Krankenhauses. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg): Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien New York, S. 337-345

Kunze H (1998b): Der sogenannte Heimbereich – das „Bermuda-Dreieck“ der komplementären Versorgung. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg): Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien New York; S.: 427-436

Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWVH) (Hrsg) (1994): Perspektiven für die Schaffung von Lebensräumen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen in der Gemeinde. Kassel

Landschaftsverband Rheinland (LVR) (Hrsg) (2000): Psychiatrische Versorgung im Rheinland. Köln

Leff J (eds) (1997): Care in the Community: Illusion or Reality? Chicester: John Wiley

- Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D** (1996): The mental health residential care study, classification of facilities and descriptions of residents. *British Journal of Psychiatry*, 169: 39-47
- Lewis GH, Thomas HV, Cannon M, Jones PB** (2001): Epidemiological methods. In: Thornicroft G, Szukler G: *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, S.: 53-62
- Linden M, Maier W, Achberger M** (1996): Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der WHO. *Nervenarzt* 67: 205-215
- Maxwell RJ** (1984): Quality assesment in health. *British Medical Journal*, 288: 1470-1472
- Mecklenburg H** (1999): Zwölf Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter. *Psychiatr Praxis* 26: 227-232
- Meise U, Kemmler G, Kurz M, Rössler W** (1996): Die Standortqualität als Grundlage psychiatrischer Versorgungsplanung. *Das Gesundheitswesen* 58 Sonderheft 1: 29-38.
- Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, Johnson T** (1992): Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet*, 339, 1311-1314
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Graf v.d. Schulenburg JM, Schulte B** (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg-Eppendorf: Universitätskrankenhaus
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.)** (1996): Psychiatrische Versorgung und Suchtkrankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt. Teil 1: 1. Fortschreibung des Psychiatrieplanes. Magdeburg
- Morgan R, Cheadle AJ** (1975): Unemployment impedes resettlement. *Soc Psychiatry* 10: 63-67
- Munizza C, Tibaldi G, Cesano S, Dazzi R, Fantini G, Palazzi C, Scala E, Zuccolin M** (2000): Mental health care in Piedmont: a description of its structure and components using a new technology for service assessment. *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl 405): 47-58
- Murray CJD, Lopez AD** (1996): *The Global Burden of Disease*. Geneva: WHO
- Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA** (2002): Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*; 59: 115-123
- Pfeifer W** (1997) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung – eine erneute Bestandsaufnahme. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* 26: 2-11
- Rabsch S, Fürle A** (1999): Zur Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf. In: Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (Hrsg): 6. Bericht Mai 1998-April 1999. Amt für Versorgung und Soziales Sachsen-Anhalt; S.: 71-74

- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990):** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association* 264: 2511-2518
- Reker T, Eikermann B (1999):** Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. *Psychiatr. Prax* 26: 218-223
- Reker T, Mues Ch, Eikermann B (1990):** Perspektiven der Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – ein Überblick über den Stand und die Probleme im Landesteil Westfalen. *Öff. Ges.-Wes.* 12/52: 691-695
- Reumschlüssel-Wienert C (1995):** Ambulante wohnortnahe medizinische Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Ein Problemaufriss und Lösungsmöglichkeiten für die GKV. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3: 14-18
- Reumschlüssel-Wienert C (1997):** Das regionale Psychiatricbudget holt die Kuh vom Eis. Konzeptionelle Überlegungen zum regionalen Psychiatricbudget und gemeindepsychiatrischen Verbund. *Soziale Psychiatrie*, 1: 40-42
- Ridgely MS, Johnson S (2001):** Drug and alcohol services. In: Thornicroft G, Szmukler G: *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, S. 347-367
- Rose N (2001):** Historical changes in mental health practice. In: Thornicroft G, Szmukler G: *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, S. 13-27
- Rosen A, Barefoot K (2001):** Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. In: Thornicroft G, Szmukler G: *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, S. 295-308
- Rössler W (1992):** Sozialpsychiatrische Dienste in der Bundesrepublik Deutschland - Ein Überblick. *Das Gesundheitswesen* 54: 19-24.
- Rössler W (1996):** Psychiatrie und Public Health. *Das Gesundheitswesen* 58, Sonderheft 1: 1-6
- Rössler W (1996 a):** Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen. Der Bundesminister für Gesundheit (Hrsg), Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.
- Rössler W, Salize HJ (1995):** Factors effecting public attitudes towards mental health care. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245: 20-26
- Rössler W, Salize HJ (1995a):** Gemeindenahe Versorgung braucht eine Gemeinde, die sich sorgt - Die Einstellung der Bevölkerung zur psychiatrischen Versorgung und zu psychisch Kranken. *Psychiat. Prax.* 22: 58-63
- Rössler W, Salize HJ (1996):** Gesundheitsberichterstattung in der Versorgung chronisch psychisch Kranker. *Das Gesundheitswesen* 58 Sonderheft 1: 25-28

- Rössler W, Riecher-Rössler A, Häfner H** (1989): Psychisch Kranke in Allgemeinarztpraxen und Nervenarztpraxen. Arztzahlen, Zahl und Art der Patienten, Entwicklungstrends. Münch Med Wschr 131: 41-44
- Rutz W** (2001): Mental health in Europe: problems, advances and challenges. Acta Psychiatr Scand 104 (Suppl. 410): 15-20
- Salize HJ, Rössler W, Reinhard I** (1996): Kostenermittlung in einem fragmentierten psychiatrischen Versorgungssystem. Das Gesundheitswesen 58 Sonderheft 1: 10-17
- Salize HJ, Bullenkamp J, Alscher I, Wolf I** (2000): Qualitätssicherung und Dokumentation im gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatr. Prax. 27: 92-98
- Salvador-Carulla L, Romero C, Martinez A, Haro JM, Bustillo G, Ferreira A, Gaité L, Johnson S, for the PSICOST Group** (2000): Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. Acta Psychiatr Scand: 102 (Suppl. 405): 24-32
- Schene AH** (2001): Partial hospitalisation. In: Thornicroft G, Szmukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, , S. 283-295
- Schröder WF** (2002): Psychiatrische Versorgung in Hessen. Entwicklung bis 2007. Schröder WF, Rehberg W, Zich K (Hrsg), Berlin: IGES-Eigenverlag, S. 37-63
- Shepherd G, Murray A** (2001): Residential care. In: Thornicroft G, Szmukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 309-320
- Slade M, Glover G** (2001): The needs of people with mental disorders. In: Thornicroft G, Szmukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 117-127
- Szmukler G, Holloway F** (2001): In-patient treatment. In: Thornicroft G, Szmukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 321-337
- Tansella M, Thornicroft G** (1998): A conceptual framework for mental health services. Psychological Medicine, 27: 503-508
- Tansella M, Thornicroft G** (2001): The principles underlying community psychiatry. In: Thornicroft G, Szmukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 155-165
- Thornicroft G, Tansella M** (1999): The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thornicroft G, Tansella M** (2001): The planning process for mental health services. In: Thornicroft G, Szmukler G: Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 179-92

- Torrey WC, Mead S, Ross G** (1998): Addressing the social needs of mental health consumers when day treatment programmes convert to supported employment: can consumer-run services play a role? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22: 73-75
- Triemann N** (1997): Patients who are too difficult to manage in the community. In: Leff J (ed): *Care in the Community. Illusion or Reality?* Wiley, Chichester; pp. 175-187
- Ustun TB, Sartorius N** (1995): *Mental Illness in General Health Care*. Chichester: Wiley
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg)** (1995): *Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung*. 5. völlig neu überarbeitete Aufl. Stuttgart, Jena, New York, G. Fischer
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg)** (2001): *Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen. Hinweise zur Begutachtung*. Hrsg. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger; DRV-Schriften; Bd. 30 Frankfurt a.M., Postverlag
- Waldmann KD** (1998): Psychiatrie in der ehemaligen DDR – eine widerspruchsvolle Bilanz. *Sozialpsychiatrische Informationen* 4/1998: 18-22
- Weise K** (1998): Psychiatrie im Wechsel gesellschaftlicher Machtverhältnisse. *Sozialpsychiatrische Informationen* 4/1998: 6-12
- Weyerer S, Dilling H** (1978): Zur Bedeutung der geographischen Lage psychiatrischer Krankenhäuser für Aufnahme- und Aufenthaltsdauer. *Psychiatr Prax.* 5: 58-64
- Wing JK** (1993): Social aspects of schizophrenia. *Triangle* 32: 39-44
- World Health Organisation** (1996): *Psycho-Social Rehabilitation – A Consensus Statement*. Geneva: WHO
- Wulff E** (1998): Zwölf Thesen zum Ge- und Missbrauch der Psychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen* 4/1998: 2-6
- Zechert C** (1996): Enthospitalisierung in Heime? Ergebnisse der DGSP-Umfrage bei Ministerien und Landeswohlfahrtsverbänden. *Soziale Psychiatrie*: 24-30
- Zechert C, Suhre R** (1997): Heimliche Psychiatrie – Psychiatrie in Heimen. DGSP-Expertenanhörung: Ergebnisse und Forderungen. *Soziale Psychiatrie*: 4-8

8 Anhang

8.1 Glossar

Mit Übernachtung: Einrichtungen, in denen Betten zur Übernachtung für Patienten mit psychischen Erkrankung oder zur sozialen Betreuung einer Störung, welche durch eine psychische Erkrankung bedingt sind, bereitgestellt werden. *Nicht:* Die Betten dürfen nicht genutzt werden aufgrund von Obdachlosigkeit oder weil der Wohnort nicht erreichbar ist.

Speziell gesicherte Unterbringung: Betten für Patienten, die nach medizinischer Beurteilung eine Gefährdung für sich oder andere, aufgrund gesetzlicher Handhabe oder anderen Sicherheitsgründen mit einem erhöhten Maß an Sicherheitsmaßnahmen, was über die normale „geschlossene“ Unterbringung hinausgeht, untergebracht werden müssen, z.B. Klinik für forensische Psychiatrie *Nicht:* Automatisch alle Einrichtungen in die Zwangseinweisungen erfolgen können.

Akut: Einweisung aufgrund einer akuten Verschlechterung des psychischen Zustandes, des sozialen Verhaltens oder Verhaltensstörungen aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung innerhalb von 24 Stunden möglich. Patienten kommen in der Mehrzahl aus dem häuslichen Milieu und kehren in dieses zurück.

Elektiv: Kriterien wie für „stationär“ aber nicht für Akutversorgung oder Unterbringung zutreffend, z.B. Platz nicht innerhalb von 24 Stunden verfügbar.

Krankenhaus: Stationäre Einrichtungen, die den gesetzlichen Bestimmungen eines Krankenhauses entsprechen, z.B. psychiatrische Krankenhäuser, Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Andere: Stationäre Einrichtungen, die den gesetzlichen Bestimmungen eines Krankenhauses nicht entsprechenden.

Zeitlich begrenzter Aufenthalt: Einrichtungen, wo eine maximale Verweildauer bei allen Aufnahmen routinemäßig festgesetzt wird und mindestens 80% der tatsächlichen Verweildauern innerhalb dieses zeitlichen Rahmens liegen.

Verweildauer offen: Einrichtungen ohne routinemäßig festgesetzte maximale Verweildauer oder mit festgesetzter Verweildauer, die aber in weniger als 80 % der Fälle eingehalten wird.

Betreuung rund um die Uhr: Fachpersonal 24 Stunden am Tag für die Patienten verfügbar und mit Aufgaben in der medizinischen und sozialen Beobachtung und Betreuung versehen. *Nicht:* Anwesenheit von Sicherheits- und Hilfspersonal

Betreuung nur am Tage, jeden Tag: Fachpersonal regelmäßig an fünf Tagen in der Woche für einen Teil des Tages zur Patientenbetreuung anwesend.

Betreuung nur am Tage, nicht jeden Tag: Einrichtungen, in denen sich Patienten aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung aufhalten, und wo eine direkte Verbindung zwischen stationären Aufenthalt und Betreuung durch Fachpersonal besteht, dabei das Fachpersonal aber seltener als an fünf Tagen in der Woche für einen Teil des Tages anwesend ist.

Tagesbetreuung und strukturierte Aktivität: Einrichtungen, in denen keine Möglichkeit zur Übernachtung besteht und die neben Einrichtungen mit Übernachtung zusätzlich existieren. Diese Einrichtungen sollen: 1) für mehrere Patienten zur gleichen Zeit nutzbar sein; 2) eine Kombination aus Behandlungen der Probleme, die durch psychiatrische Erkrankungen entstehen, strukturierenden Aktivitäten, sozialen Kontakten oder Unterstützung anbieten; 3) zu regelmäßigen

Öffnungszeiten verfügbar sein; 4) Patienten sollten sich länger als für den Zeitraum des Direktkontaktes mit dem Fachpersonal in der Einrichtung aufhalten (d.h., dass Patienten nicht nur zum Termin erscheinen, diesen wahrnehmen und danach das Gebäude sofort wieder verlassen, wie z.B. in einer Ambulanz).

Akut: Einrichtungen, wo Patienten regelmäßig eingewiesen werden aufgrund einer akuten Verschlechterung des psychischen Zustandes, des sozialen Verhaltens oder aufgetretener Verhaltensstörungen aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung und das Aufhalten und Verhindern einer weiteren Verschlechterung ausdrücklich Ziel der Intervention ist. Ein Platz sollte innerhalb von 72 Stunden verfügbar sein.

Nicht Akut: Alle Einrichtungen, für welche die genannten „Akut-Kriterien“ nicht zutreffen.

Hohe Intensität: Dienste, die für Patienten mindestens viermal einen halben Tag pro Woche verfügbar sind. Patienten müssen nicht so oft anwesend sein, bei Bedarf sollte dies aber möglich sein.

Niedrige Intensität: Wie „hohe Intensität“, nur seltener als viermal einen halben Tag pro Woche verfügbar.

Geschützte Arbeit: Angebot eine Arbeit zu verrichten für mindestens 50% des Mindestlohnes, der für diese Art der Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt in dieser Region gezahlt wird. Gemischte Einrichtungen, wo auch nicht psychisch Erkrankte arbeiten, aber die Arbeitsplätze sind nicht voll auf dem freien Arbeitsmarkt verfügbar, sondern speziell für psychisch Kranke reserviert.

Arbeitsähnliche Beschäftigung: Einrichtungen, wo Klienten Tätigkeiten ausführen, die an einer, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bezahlten, Arbeit orientiert sind, Klienten erhalten mindestens 25% des Mindestlohnes, der für diese Art der Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt in dieser Region gezahlt wird.

Andere strukturierte Tätigkeit: Keine Tätigkeiten wie bei „Geschützte Arbeit“ oder „Arbeitsähnliche Beschäftigung“, sondern Beschäftigungen wie Geschicklichkeitstraining, kreative Tätigkeiten und Gruppenarbeiten, die zu mindestens 25% der Öffnungszeiten der Einrichtung verfügbar sind.

Sozialer Kontakt: Kriterien für „Tages- u. Strukturierende Einrichtung“ erfüllt, für „Geschützte Arbeit“, „Arbeitsähnliche Beschäftigung“ oder „Strukturierte Tätigkeit“, aber nicht oder Angebote seltener als zu 25% der Öffnungszeiten verfügbar. Es werden aber soziale Kontakte, praktische Hilfeleistungen und Unterstützung psychisch Kranker ermöglicht und geleistet.

Ambulante und Kommunale Dienste: Beinhalten Einrichtungen, die Kontaktstellen zwischen Fachpersonal und Patienten darstellen, die eine Betreuung und organisatorische Hilfestellungen für psychisch Erkrankte und deren Schwierigkeiten mit den medizinischen und sozialen Folgen ihrer Erkrankung bereitstellen und diese Aufgaben nicht als Teil einer „stationären“ Einrichtung oder einer „Tages- und strukturierenden Einrichtung“ wahrnehmen.

Notfallversorgung: Bietet Hilfestellungen bei Behandlungseinleitung bei Verschlechterung der psychischen Verfassung, Störungen des Sozialverhaltens bzw. bei akuten Verhaltensstörungen eines psychisch erkrankten Menschen. Kann noch am selben Arbeitstag bereitgestellt bzw. vermittelt werden.

Rund um die Uhr: Dienst 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche verfügbar.

Begrenzte Öffnungszeiten: Dienst seltener als 24 Stunden und sieben Tage in der Woche verfügbar.

Dauerbetreuung: Möglichkeit des Kontaktes zu und Betreuung durch Fachpersonal. Bei Bedarf auch Langzeitbetreuung möglich.

Mobil: Dienst, der verschiedene Formen der Patientenkontakte ermöglicht und auch das häusliche Milieu der Patienten/Klienten durch Fachpersonal aufgesucht wird. Mindestens 20% der Patientenkontakte sollten außerhalb des Gebäudes, in dem sich der Dienst befindet, erfolgen. *Nicht:* Wenn Dienst an verschiedenen Tagen in verschiedenen Dienststellen in verschiedenen Orten tätig ist. Auch hier muss die Dienststelle zum Zweck der Kontakte verlassen werden.

Ortsfest: Weniger als 20% der Kontakte außerhalb der Dienststelle des Dienstes.

Hohe Intensität: Direktkontakt zwischen Fachpersonal und Patient/Klient bei Bedarf mindestens dreimal in der Woche möglich.

Mittlere Intensität: Die Kapazität reicht nicht aus, um den Patienten bei Bedarf mindestens dreimal in der Woche zu sehen, aber doch mindesten einmal jeden vierten Tag.

Niedrige Intensität: Regelmäßiger Kontakt zwischen Patienten und Fachpersonal möglich, aber seltener als einmal jeden vierten Tag.

Selbsthilfe und Laienhilfe: Gruppen und Einrichtungen, die ohne speziell ausgebildetes Fachpersonal in der Betreuung, Lebenshilfe und Lebensgestaltung psychisch Erkrankter und deren Angehörigen aktiv sind.

8.2 Versorgungslage der einzelnen Regionen

Im Folgenden wird die psychiatrische Versorgungssituation für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt im Einzelnen dargestellt. Es werden die Einrichtungen und Institutionen anhand der Kodierung des ESMS-V3 dargestellt. Im Text werden zunächst die absoluten Zahlen der vorhandenen Einrichtungen und Plätze genannt. Die jeweiligen bevölkerungsbezogenen Kennziffern sind den Tabellen zu entnehmen.

8.2.1 Der Altmarkkreis-Salzwedel

Der Altmarkkreis-Salzwedel hat eine Gebietsfläche von 2292 km² und ist damit ist der zweitgrößte Landkreis in Sachsen-Anhalt. 1998 lebten 102.407 Einwohner im vorwiegend ländlich geprägtem Altmarkkreis Salzwedel und bildeten somit die geringsten Bevölkerungsdichte

Sachsen-Anhalts mit 44,7 EW/km². Mit 14,1% lag Arbeitslosenquote im landesweiten Vergleich sehr niedrig.

Über eigene psychiatrische Akutbetten verfügte der Landkreis nicht. Laut Landespsychiatrieplan wurde eine kreisübergreifende Versorgung durch das psychiatrische Fachkrankenhaus Uchtspringe mit einer regionsbezogenen Bettenzahl von 59,7 Betten je 100.000 EW gewährleistet.

Im Altmarkkreis Salzwedel waren 1998 drei Nervenärzte und acht Psychotherapeuten in freier Niederlassung tätig. Dies entsprach einer Dichte von 2,9 bzw. 7,8 je 100.000 EW.

Als Angebote in dem Bereich „Wohnen“ existierten sieben Einrichtungen mit insgesamt 376 Plätzen, die alle für einen Daueraufenthalt mit ständiger Personalanwesenheit vorgesehen waren. Eine dieser Einrichtungen mit 100 Plätzen war speziell für psychisch kranke Menschen konzipiert. Formen des betreuten Wohnens fehlten.

Im Bereich „Arbeit und tagesstrukturierende Einrichtungen“ gab es insgesamt 324 Plätze in vier Werkstätten für behinderte Menschen. Für seelisch behinderte Menschen waren 24 Plätze speziell ausgewiesen.

Im ambulant/kommunalen Bereich existierten zwei Suchtberatungsstellen (beide in Gardelegen), die als ortsfeste dauerbetreuende Dienste mit einer hohen Betreuungsintensität tätig waren und ein sozialpsychiatrischer Dienst mit drei Außendienststellen (Gardelegen, Salzwedel, Klötze). Aufgrund der personellen Besetzung konnte der sozialpsychiatrische Dienst in der aufsuchenden und ortsfesten Dauerbetreuung nur eine mittlere Betreuungsintensität ermöglichen. Weitere Einrichtungstypen waren 1996 bis 1998 im Landkreis nicht existent.

Aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte und der Verkehrsinfrastruktur ergaben sich zum Teil sehr lange Anfahrtswege zu den einzelnen Einrichtungen. Die stationären psychiatrischen Betten in Uchtspringe, im benachbarten Landkreis Stendal, konnten lediglich aus der unmittelbaren Region um Gardelegen in einer Zeit unterhalb der kritischen Distanzschwelle von 30 bis 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden. Für die meisten anderen Ortschaften ergaben sich wesentlich längere Anfahrtswege von 1,21 bis 1,40 Stunden.

Günstiger war die örtliche Verteilung der sozialpsychiatrischen Dienste mit den Dienststellen in Gardelegen, Salzwedel und Klötze. Diese drei Standorte konnten von den meisten Ortschaften innerhalb der kritischen Distanzschwelle erreicht werden. Lediglich Personen aus Ortschaften im äußersten Nord-Osten des Kreises mussten einen Anfahrtsweg über einer Stunde in Kauf nehmen. Zu vermuten ist jedoch, dass bei einer besseren Erreichbarkeit auch Einrichtungen angrenzender Landkreise bzw. Bundesländer genutzt wurden.

Tab. 8.1: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Altmark-Salzwedel

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R11	Wohnen zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	7	12-100 (100*)	53.7	376 (100*)	367,2 (97,6*)

D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	4	24-120 (24*)	81	324 (24*)	316 (23,4*)
O6	Dauerbetreuung, aufsuch. mittl. Intens.	3				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest hohe Intens.	2				
O9	Dauerbetreuung, ortsfest mittl. Intens.	3				
	Gesamt	19**				

(* Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrer Aufgaben möglich)

8.2.2 Der Landkreis Stendal

Der Landkreis Stendal liegt im Nord-Osten von Sachsen-Anhalt und ist mit einer Gesamtfläche von 2423 km² der größte der Landkreise. Im Jahre 1998 lebten 143.719 Menschen in diesem Landkreis, was einer Bevölkerungsdichte von 59,3 EW/km² entsprach. Die Arbeitslosenquote lag 1998 mit 19,5 % im landesweiten Vergleich im mittleren Bereich.

In Uchtsprunge standen 180 Betten für eine speziell gesicherte Unterbringung nach §63 StGB in der Klinik für forensische Psychiatrie zur Verfügung. Das psychiatrische Fachkrankenhaus in Uchtsprunge hielt insgesamt 147 Betten für die Akutversorgung bereit. Für den Landkreis ergab sich eine Bettenmessziffer von 102,3, korrigiert nach der regionsbezogenen Messziffer aus dem Landespsychiatrieplan standen 59,7 Betten je 100.000 EW zur Verfügung. Es existierten zehn tagesklinische Plätze am psychiatrischen Fachkrankenhaus in Uchtsprunge. Weiterhin gab es eine Suchtfachklinik mit 30 Betten, die im ESMS als „Krankenhaus elektiv“ eingestuft wurde.

Im gesamten Landkreis waren 1996 bis 1998 vier Nervenärzte und ein Psychotherapeut in freier Niederlassung tätig. Dies entsprach bevölkerungsbezogen 2,8 bzw. 0,7 je 100.000 EW.

Im Bereich „Wohnen“ gab es sieben Einrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit mit insgesamt 799 Plätzen. Lediglich eine dieser Einrichtungen war mit 30 Plätzen für suchtkranke Menschen vorgesehen. Alle anderen Einrichtungen dienten der Versorgung geistig behinderter Menschen. Die größte dieser Einrichtungen mit 340 Betten ging aus dem ehemaligen Heimbereich des Landeskrankenhauses Uchtsprunge hervor. Im Bereich der Wohnangebote mit einer geringeren Betreuungsintensität existierte eine Einrichtung mit vier Plätzen für suchtkranke Menschen in Wulkau.

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst mit drei Dienststellen in Stendal, Osterburg und Havelberg erfüllte während der Öffnungszeiten sowohl eine aufsuchende Krisenintervention als auch eine ortsfeste, hochfrequente Dauerbetreuung. Weiter existierten zwei Suchtberatungsstellen, in Osterburg und Stendal, die eine nichtaufsuchende Dauerbetreuung mit hoher Intensität anbieten konnten. Letzteres wurde auch von der Institutsambulanz des psychiatrischen Fachkrankenhauses Uchtsprunge gewährleistet. Die Dienstärzte des Fachkrankenhauses ermöglichten weiterhin eine ortsfeste Krisenintervention rund um die Uhr.

Im Bereich tagesstrukturierende Einrichtungen gab es drei Werkstätten für geistig behinderte Menschen mit insgesamt 481 Plätzen. Spezielle Plätze für seelisch behinderte Menschen waren in diesen Werkstätten nicht.

Während die sozialpsychiatrischen Dienste und Suchtberatungsstellen verkehrstechnisch so günstig gelegen waren, dass sie innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln von den meisten Ortschaften aus erreicht werden konnten, lag die Erreichbarkeit der stationären Einrichtung in Uchtsprunge nur für die unmittelbare Umgebung von Uchtsprunge und Stendal innerhalb der kritischen Distanzschwelle. Besonders ungünstig war die Verkehrsverbindung zwischen den im Nord-Osten des Landkreises gelegenen Ortschaften, wie Havelberg und Sandau, und Uchtsprunge. Hier mussten zum Teil Fahrzeiten bis zu vier Stunden mit den öffentlichen Verkehrsmitteln für eine Strecke berücksichtigt werden.

Tab. 8.2: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Stendal

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R1	Spez. gesicherte Unterbringung (For.)	1	180		180	
R2	Krankenhaus akut	3	35-74	49	147	102.3
R4	Krankenhaus elektiv	1	30		30	20.9
R11	Wohnen zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	7	30-340 (30*)	114.1	799 (30*)	555.9 (20.9*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	1	4		4	
D1	Tagesklinik	1	10		10	7.0
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	3	142-193	160.3	481	334,7
O3	Notfallvers. Ortsfest, 24-h	1				
O6	Dauerbetreuung, aufsuch. mittl. Intens.	3				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest hohe Intens.	1				
O9	Dauerbetreuung, ortsfest mittl. Intens.	2				
	Gesamt	24**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.3 Der Ohrekreis

Der Ohrekreis liegt nordwestlich der Landeshauptstadt Magdeburg und hat eine Gesamtfläche von 1494 km². 1998 lebten hier 117.447 Einwohner mit einer Bevölkerungsdichte von 78,6 EW/km². Die Arbeitslosigkeit war mit 13,3 % im Jahre 1998 landesweit am niedrigsten.

Für die psychiatrische Akutversorgung stehen 125 Betten im psychiatrischen Fachkrankenhaus Haldensleben und 10 Plätze in der Tagesklinik der gleichen Einrichtung zur Verfügung. Das entsprach einer bevölkerungsbezogenen Messziffer von 106,4 bzw. 8,5 Plätze je 100.000 EW. Korrigiert nach dem Landespsychiatrieplan, der 1996 bis 1998 die Mitversorgung des angrenzenden Bördekreises und des Landkreises Schönebeck vorsah, lag in den genannten drei Landkreisen die Bettenmessziffer für stationäre psychiatrische Akutbetten bei 45,0 je 100.000 EW.

Drei Nervenärzte und vier Psychotherapeuten waren in freier Niederlassung tätig, was eine bevölkerungsbezogene Dichte von 2,6 bzw. 3,4 je 100.000 EW ergab.

Im Landkreis fanden sich zwei Einrichtungen im Bereich „Wohnen“ mit einer begrenzten Aufenthaltsdauer, im Sinne von Übergangwohnheimen (Haldensleben, Ammensleben), mit insgesamt 28 Plätzen. Diese waren ausschließlich für psychisch kranke Menschen vorgesehen. Für einen Daueraufenthalt in einem Heim mit ständiger Personalanwesenheit standen im Landkreis 571 Plätze in sechs Einrichtungen zur Verfügung, davon waren 64 Plätze speziell für psychisch kranke Menschen ausgewiesen.

Ein sozialpsychiatrischer Dienst mit zwei Dienststellen (Haldensleben, Wolmirstedt) ermöglichte einen aufsuchenden, hochfrequenten Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, ortsfeste Dauerbetreuung. Die Dienstärzte des psychiatrischen Fachkrankenhauses Haldensleben gewährleisteten einen ortsfesten Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr. Die Institutsambulanz des psychiatrischen Fachkrankenhauses Haldensleben und eine Suchtberatungsstelle in Haldensleben stellten jeweils eine ortsfeste, hochfrequente Dauerbetreuung bereit.

Im tagesstrukturierenden Sektor gab es eine Begegnungsstätte mit 56 Plätzen, in der soziale Kontakte für psychisch kranke Menschen möglich waren, eine Tagesstätte mit 65 Plätzen für geistig behinderte Menschen angegliedert an eine Werkstatt für geistig behinderte Menschen und drei Werkstätten für behinderte Menschen mit insgesamt 294 Plätzen. 17 Plätze waren davon in einer separaten Einrichtung in Haldensleben für seelisch behinderte Menschen eingerichtet.

Durch die Lage der Dienststellen des sozialpsychiatrischen Dienstes in Wolmirstedt und Haldensleben war es für die Bewohner aller betrachteten Ortschaften möglich, die Dienststellen innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Ähnliches konnte auch für die Erreichbarkeit der stationären Einrichtung und der Tagesklinik in Haldensleben festgestellt werden. Lediglich für Ortschaften nordöstlich von Wolmirstedt ergaben sich Wegzeiten, die etwas oberhalb der kritischen Distanzschwelle lagen.

Tab. 8.3: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Ohrekreis

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	1	125		125	106,4
R8	Wohnen, zeitl. begrenzt, Personal 24 h	2	11-17	14	28*	23,8*
R11	Wohnen zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	6	28-265	95.2	571 (64*)	486,2 (54,5*)
D1	Tagesklinik	1	10		10	8,5
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	3	17-147	98	294 (17*)	250,3 (14,5*)
D4	Tagestrukt., mindst vier Halbtage/Wo	1	65		65	55,3
D5	Sozialkontakt mindst vier Halbtage/Wo	1	56		56	47,7
O2	Notfallvers. aufsuch. begr. Dienstzeit	2				
O3	Notfallvers. Ortsfest, 24-h	1				
O4	Notfallvers. Ortsfest begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung aufsuch. hohe Intens.	2				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest hohe Intens.	4				
	Gesamt	25**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.4 Der Landkreis Jerichower Land

Das Jerichower Land liegt nordöstlich der Landeshauptstadt Magdeburg und hat eine Gesamtfläche von 1337 km² auf der 1998 101.500 Menschen lebten, was einer Bevölkerungsdichte von 75,9 EW/km² entsprach. Die Arbeitslosenquote lag 1998 bei 16,5 %.

Für die stationäre akutpsychiatrische Versorgung standen 145 Betten im psychiatrischen Fachkrankenhaus Jerichow und insgesamt 35 tagesklinische Plätze an zwei verschiedenen Standorten (Burg, Jerichow) zur Verfügung. Eine kreisübergreifende Versorgung war laut Landespsychiatrieplan für das Jerichower Land nicht vorgesehen. Im stationären Versorgungsbereich gab es weiter noch eine Station mit 20 „Entgiftungsbetten“ für suchtkranke Menschen und 30 Betten in der psychosomatischen Klinik innerhalb des psychiatrischen Fachkrankenhauses Jerichow im Sinne einer Versorgung in „elektiven“ Krankenhäusern.

In freier Niederlassung waren 1996 bis 1998 fünf Nervenärzte und ein Psychotherapeut tätig. Die bevölkerungsbezogenen Messziffern entsprachen damit 4,9 bzw. 0,9 je 100.000 EW.

Im Bereich „Wohnen“ gab es ein differenziertes Angebot hinsichtlich der Betreuungskapazität in den Einrichtungen. So fand sich lediglich eine Dauerwohneinrichtung mit ständiger Personalanwesenheit mit 24 Betten für suchtkranke Menschen. In vier Einrichtungen mit insgesamt 124 Betten, für geistig behinderte Menschen, war das Personal nur tagsüber anwesend. In einer weiteren Einrichtung für suchtkranke Menschen mit 18 Betten lag die Betreuungsintensität niedriger im Sinne eines betreuten Wohnens.

Im tagesstrukturierenden Versorgungsbereich existierten zwei Werkstätten ausschließlich für geistig behinderte Menschen mit insgesamt 222 Plätzen. Spezialisierte Angebote für seelisch behinderte Menschen gab es nicht.

Im kommunalen Versorgungsbereich gab es einen sozialpsychiatrischen Dienst mit zwei Dienststellen (Genthin, Burg), die eine hochfrequente, aufsuchende Krisenintervention und eine hochfrequente ortsfeste Dauerbetreuung gewährleisten konnten. Letzteres wurde auch von der Institutsambulanz des psychiatrischen Fachkrankenhauses Jerichow gewährleistet. Die diensthabenden Ärzte dieser Einrichtung ermöglichten weiterhin einen ortsfesten Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr.

Für die sozialpsychiatrischen Dienste war durch die Standorte in Genthin und Burg die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb der kritischen Distanzschwelle für einen Großteil der Orte gewährleistet. Lediglich für Ortschaften der Region um Gommern war die Erreichbarkeit etwas schlechter. Für das psychiatrische Fachkrankenhaus in Jerichow war die Erreichbarkeit durch die dezentrale Lage im Nordwesten des Landkreises ungünstig. Hier lagen nur Orte

der unmittelbaren Umgebung Jerichows und der Regionen um Burg und Genthin innerhalb der kritischen Distanzschwelle. Aus weiter entfernt gelegenen Orten wie Drewitz oder Kleinwusterwitz mussten zum Teil Anfahrtszeiten bis zu 1,5 Stunden in Kauf genommen werden. Es ist bei einer Anfahrtszeit über zwei Stunden aus der Region um Gommern, ist davon auszugehen, dass Menschen aus dieser Region eher die Einrichtungen des angrenzenden Landkreises Schönebeck und der Landeshauptstadt Magdeburg in Anspruch nahmen.

Tab. 8.4: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Jerichower Land

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	1	145		145	142,9
R4	Krankenhaus elektiv	2	20-30	25	50	49,3
R11	Wohnen zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	1	24*		24*	23,6*
R12	Wohnen, zeitl. unbegr. Personal < 24h	4	13-63	31	124	122,2
R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	1	18*		18*	17,7*
D1	Tagesklinik	3	10-15	11,7	35	34,5
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	2	102-120	111	222	218,7
O2	Notfallvers. aufsuch. begr. Dienstzeit	2				
O3	Notfallvers. ortsfest, 24-h	1				
O5	Dauerbetreuung aufsuch. hohe Intens.	2				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest hohe Intens.	3				
	Gesamt	22**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.5 Der Bördekreis

Dieser Landkreis liegt westlich der Landeshauptstadt Magdeburg und hat eine Fläche von 880 km². Hier lebten 1998 insgesamt 81.417 Einwohner, was einer Einwohnerdichte von 92,5 EW/km² entsprach. Die Arbeitslosenquote lag 1998 mit 16,3 % landesweit verglichen relativ niedrig.

Ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine Abteilung gab es im Landkreis nicht. Laut Landespsychiatrieplan wurde die psychiatrische Akutversorgung von dem psychiatrischen Fachkrankenhaus Haldensleben mit gewährleistet. Daraus ergab sich eine regionsbezogene Messziffer von 45,0 Betten je 100.000 EW.

In freier Niederlassung waren ein Nervenarzt und ein Psychotherapeut tätig, entsprechend einer bevölkerungsbezogenen Dichte von 1,2 je 100.000 EW.

An Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit gab es fünf Heime mit insgesamt 171 Plätzen. Hiervon waren 16 Plätze, in einer gemischten Einrichtung, für psychisch kranke Menschen vorgesehen. Weiterhin existierte eine Wohneinrichtung mit 12 Plätzen für geistig behinderte Menschen, in der das Personal seltener als an fünf Tagen in der Woche für einen Teil des Tages anwesend war.

Im tagestrukturierenden Bereich fanden sich zwei Werkstätten für behinderte Menschen mit insgesamt 200 Plätzen. Speziell für seelisch behinderte Menschen konzipierte Angebote gab es nicht.

Der sozialpsychiatrische Dienst in Oschersleben realisierte während der Dienstzeiten sowohl einen aufsuchenden Krisendienst, als auch eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Letzteres wurde ebenfalls von den Suchtberatungsstellen in Oschersleben und Wanzleben angeboten.

Die Dienststelle des sozialpsychiatrischen Dienstes im zentral gelegenen Oschersleben war von den meisten Orten im Landkreis innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Lediglich aus dem Nordwesten des Landkreises mussten deutlich längere Anfahrtswege in Kauf genommen werden. Das laut Landespsychiatrieplan versorgende, psychiatrische Krankenhaus in Haldensleben war jedoch von kaum einem Ort innerhalb der kritischen Distanzschwelle erreichbar, vielmehr lagen die Wegzeiten zwischen 1.15 und 2.37 Stunden mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Die stationären psychiatrischen Einrichtungen in der nahegelegenen Stadt Magdeburg konnten in wesentlich kürzeren Wegzeiten erreicht werden. Vermutlich wurden bei Bedarf eher die Einrichtungen in Magdeburg als in Haldensleben aufgesucht.

Tab. 8.5: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Bördekreis

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	5	8-81	34,2	171 (16*)	210 (19,7*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal zeitw.	1	12		12	14,7
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	2	60-140	100	200	245,6
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O6	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	3				
	Gesamt	13**				

(*Anzahl der Plätze ohne geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.6 Der Landkreis Halberstadt

Der Landkreis Halberstadt liegt im Westen Sachsen-Anhalts und hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 665 km² und einer Einwohnerzahl von 80.841 eine Bevölkerungsdichte von 121,5 EW/km². Die Arbeitslosenquote lag mit 17,8% im Landesvergleich im mittleren Bereich.

Eigene psychiatrische Akutbetten hatte der Landkreis nicht. Die psychiatrische Akutversorgung wurde nach Landespsychiatrieplan durch die benachbarten Kreise Wernigerode (psychiatrische Abteilung am Krankenhaus Blankenburg) und Quedlinburg (psychiatrisches Fachkrankenhaus Neinstedt) mit einer regionsbezogenen Messziffer von 77,3 Betten je 100.000 EW gewährleistet.

In freier Niederlassung waren im Landkreis Halberstadt zwei Nervenärzte mit einer Versorgungsdichte von 2,5 je 100.000 EW tätig. Niedergelassene Psychotherapeuten gab es nicht.

Im Bereich „Wohnen“ fand sich ein nach Betreuungsintensität differenziertes Angebot. Es gab drei Dauerwohneinrichtungen mit insgesamt 131 Betten mit einer ständigen Personalanwesenheit. In einer weiteren Einrichtung mit 18 Plätzen wurden die Bewohner nur tagsüber durch Fachpersonal betreut und zwei weitere Einrichtungen mit insgesamt 23 Plätzen hatten eine noch niedri-

gere Betreuungsintensität. Eine der letztgenannten Einrichtungen in Halberstadt war im Rahmen eines Bundesmodellprojektes mit 13 Plätzen ausschließlich für psychisch kranke Menschen konzipiert. Alle übrigen Plätze in den Wohneinrichtungen waren für geistig behinderte Menschen eingerichtet.

Im „tagesstrukturierenden“ Bereich gab es in zwei Werkstätten für behinderte Menschen insgesamt 193 Plätze. 13 Plätze davon waren ebenfalls im Rahmen des Bundesmodellprojektes in einer separaten Einrichtung ausschließlich für seelisch behinderte Menschen vorgesehen.

Im ambulant/kommunalen Bereich hielt der sozialpsychiatrische Dienst in Halberstadt während der Dienstzeiten eine aufsuchenden Krisenintervention, eine hochfrequente aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung vor. Letzteres wurde auch von einer Suchtberatungsstelle in Halberstadt gewährleistet.

Die Erreichbarkeit des sozialpsychiatrischen Dienstes in Halberstadt lag von den meisten Orten im Landkreis innerhalb der kritischen Distanzschwelle. Für die stationären Einrichtungen in Blankenburg und Neinstedt war dies wiederum nur für die Region um Halberstadt gegeben. Aus dem Norden des Landkreises betrug die Wegzeiten zur stationären psychiatrischen Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln bis zu zwei Stunden.

Tab.8.6: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Halberstadt

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R11	Wohnen zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	3	24-66	43.6	131	162
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24h	1	18		18	22.3
R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	2	10-13	11.5	23 (13*)	28.5 (16,1*)
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	2	13-180	96.5	193 (13*)	238.7 (16,1*)
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	2				
	Gesamt	12**				

(*Anzahl der Plätze ohne geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.7 Der Landkreis Wernigerode

Der Landkreis Wernigerode liegt im Westen Sachsen-Anhalts und hatte 1998 auf einer Fläche von 798 km² mit 97.122 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 121 EW/km².

Die Arbeitslosenquote lag mit 16,9 % im landesweiten Vergleich im mittleren Bereich.

Die psychiatrische Akutversorgung wurde von zwei psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (Kreiskrankenhaus Blankenburg, diakonisches Krankenhaus Neuvandenburg bei Elbingerode) mit insgesamt 80 Akutbetten und 32 tagesklinischen Plätzen gewährleistet. Daraus ergab sich eine bevölkerungsbezogene Messziffer von 82,4 Betten bzw. 32,9 Plätzen je 100.000 EW. Da aber von diesen beiden Einrichtungen der benachbarte Landkreis Halberstadt laut Landespsychiatrieplan mitversorgt wurde, betrug die regionsbezogene Messziffer 77,3 je 100.000

EW. Für die elektive Versorgung standen 132 Betten in der Suchtfachklinik Elbingerode und 12 Betten in der psychosomatischen Abteilung des diakonischen Krankenhauses Neuvandenburg, insgesamt also 144 Betten zur Verfügung.

In freier Niederlassung waren vier Nervenärzte entsprechend einer bevölkerungsbezogenen Dichte von 4,1 je 100.000 EW tätig. Niedergelassene Psychotherapeuten gab es nicht.

Im Bereich „Wohnen“ gab es ein nach Betreuungsintensität und Art der Erkrankung differenziertes Angebot. Für abhängigkeitskranke Menschen existierten ein Übergangwohnheim mit 15 Plätzen, in dem das Personal nur tagsüber anwesend war, und zwei Dauerwohnheime mit einer ständigen Personalanwesenheit mit insgesamt 42 Plätzen. Eine weitere Dauerwohneinrichtung mit ständiger Personalanwesenheit mit 40 Plätzen gab es für seelisch behinderte Menschen. Zusätzlich wurden in weiteren fünf Einrichtungen diesen Typs insgesamt 197 Plätzen für geistig behinderte Menschen bereitgehalten. Es existierten noch eine Dauerwohneinrichtung mit 32 Plätzen für abhängigkeitskranke Menschen, in der das Personal täglich stundenweise anwesend war, und eine Dauerwohneinrichtung mit 12 Plätzen für seelisch behinderte Menschen, in der das Personal seltener anwesend war.

Im Bereich der „tagesstrukturierenden Einrichtungen“ gab es insgesamt 209 Plätze in zwei Einrichtungen, wo eine arbeitsähnliche Beschäftigung möglich war. Eine dieser Einrichtungen bot elf Plätze speziell für seelisch behinderte Menschen an. Weiterhin gab es vier Plätze für geistig behinderte Menschen in einer Einrichtung, die mindestens fünfmal pro Woche besucht werden konnte und in der tagesstrukturierende Angebote wahrgenommen werden konnten. Ein solches Angebot existierte ebenfalls in einer weiteren Tageseinrichtung ohne Kapazitätsangaben auch speziell für ältere Menschen mit einer dementiellen Erkrankung.

Im ambulanten/kommunalen Bereich gab es einen sozialpsychiatrischen Dienst mit zwei Dienststellen (Wernigerode, Blankenburg). Diese konnten während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Krisendienst, eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung gewährleisten. Letzteres wurde ebenfalls von zwei Suchtberatungsstellen in Wernigerode und der Institutsambulanz der psychiatrischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Blankenburg ermöglicht. Eine ortsfeste, mittelfrequente Dauerbetreuung konnte von einer Beratungsstelle für alzheimerkranke Menschen in Blankenburg gewährleistet werden. Ein ortsfester Krisendienst rund um die Uhr sicherten die Dienstärzte der psychiatrischen Kliniken in Blankenburg und Neuvandenburg in Elbingerode ab.

Tab.8.7: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Wernigerode

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	2	20-60	40	80	82,4 (77,3***)
R4	Krankenhaus elektiv	2	12-132	72	144	148,3
R8	Wohnen, zeitl. begrenzt, Personal < 24h	1		15	15*	15,4*
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	8	18-79	34.9	279 (82*)	287,3 (84,4*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24h	1	32		32*	32,9*

R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	1	12		12*	12,4*
D1	Tagesklinik	2	12-20	16	32	32,9
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	2	11-198	104.5	209 (11*)	215,2 (11,3*)
D4	Tagestruktur., mndst vier Halbtage/Wo	2	4		4	4,1
O2	Notfallvers. aufsuch., begr. Dienstzeit	2				
O3	Notfallvers. Ortsfest, 24-h	2				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	2				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	5				
O9	Dauerbetreuung, ortsfest, mittl. Intens.	1				
	Gesamt	33**				

(*Anzahl der Plätze ohne geistig Behinderte; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich, *** regionsbezogenen Messziffer lt. Landespsychiatrieplan)

8.2.8 Der Landkreis Quedlinburg

Der Landkreis Quedlinburg hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 540 km² und 80.654 Einwohnern von eine Bevölkerungsdichte von 149,3 EW/km². Die Arbeitslosenquote lag mit 20,6% im landesweiten Vergleich relativ hoch.

Die psychiatrische Akutversorgung wurde durch das psychiatrische Fachkrankenhaus Neinstedt und die psychiatrische Abteilung des Krankenhaus Quedlinburg in Ballenstedt mit insgesamt 120 stationären Betten, entsprechend einer bevölkerungsbezogenen Messziffer von 148,8 Betten je 100.000 EW, gewährleistet. Der benachbarte Landkreis Halberstadt wurde laut Landespsychiatrieplan von diesen stationären psychiatrischen Einrichtungen mitversorgt, so dass sich eine regionsbezogene Messziffer von 77,3 Betten je 100.000 EW ergab. Beiden stationären Einrichtungen war je eine psychiatrische Tagesklinik mit insgesamt 33 Plätzen angegliedert.

In freier Niederlassung war ein Nervenarzt und drei Psychotherapeuten tätig. Bevölkerungsbezogen ergaben sich daraus 1,2 bzw. 3,7 Nervenärzte bzw. Psychotherapeuten je 100.000 EW.

Für suchtkranke Menschen gab es 24 Plätze in Wohnheim mit einer ständigen Personalanwesenheit, das nicht für einen Daueraufenthalt vorgesehen war. Zeitlich unbegrenzte Wohnmöglichkeiten mit einer ständigen Personalanwesenheit wurden in fünf Einrichtungen mit insgesamt 907 Plätzen angeboten. Dies entsprach der höchsten bevölkerungsbezogenen Messziffer in Sachsen-Anhalt von 1124,6 Dauerwohnheimplätzen je 100.000 EW. Insgesamt gab es von den 907 Plätzen nur 85 Plätze in einer Einrichtung, die für suchtkranke Menschen spezialisiert war. Die größte der Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit war der ehemalige Heimbereich des Fachkrankenhauses Neinstedt mit 598 Plätzen. In einer Dauerwohneinrichtung mit 13 Plätzen, die für psychisch kranke Menschen im Rahmen eines Bundesmodellprojektes konzipiert war, war das Personal nur tagsüber anwesend. Weitere Wohnangebote gab es nicht.

Im „tagestrukturierenden Bereich“ gab es zwei Werkstätten für behinderte Menschen mit insgesamt 540 Plätzen, welche ausschließlich für geistig behinderte Menschen konzipiert waren.

Vom sozialpsychiatrischen Dienst in Quedlinburg wurde während der Dienstzeiten sowohl eine aufsuchende Krisenintervention als auch eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbe-

betreuung ermöglicht. Letzteres wurde auch von der Institutsambulanz des psychiatrischen Fachkrankenhauses Neinstedt vorgehalten. Ein ortsfester Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr wurde durch die Dienstärzte der beiden stationären psychiatrischen Einrichtungen in Neinstedt und Ballenstedt gewährleistet.

Lediglich Personen aus den Regionen um Strassberg und Güntersberge war es aufgrund der Verkehrsanbindung nicht möglich, zur nächsten stationären Einrichtung oder dem sozialpsychiatrischen Dienst in Quedlinburg innerhalb der kritischen Distanzschwelle zu gelangen. Für alle anderen Ortschaften war die nächste stationäre Einrichtung und der sozialpsychiatrische Dienst innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

Tab. 8.8: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Quedlinburg

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	2	40-80	60	120	148,8 (77,3***)
R8	Wohnen, zeitl. begrenzt, Personal 24 h	1	29*		29*	36,0*
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	5	14-598	181.4	907 (85*)	1124,6 (105,3*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegr. Personal < 24 h	1	13*		13*	16,1*
D1	Tagesklinik	2	15-18	16.5	33	40,9
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	2	180-360	270	540	669,5
O3	Notfallvers., ortsfest, 24-h	2				
O4	Notfallvers., ortsfest, begr. Dienstzeit	1				
O8	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O9	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	2				
	Gesamt	19**				

(*Anzahl der Plätze ohne geistig Behinderte; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich; *** regionsbezogen Messziffer lt. Landespsychiatrieplan)

8.2.9 Der Landkreis Aschersleben-Staßfurt

Der Landkreis Aschersleben-Staßfurt hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 655 km² und 106.418 Einwohnern eine Bevölkerungsdicht von 162,5 EW/km². Die Arbeitslosenquote war mit 22,3% im landesweiten Vergleich sehr hoch.

Die stationäre Akutversorgung wurde laut Landespsychiatrieplan kreisübergreifend mit den Kreisen Bernburg, dem Saalkreis und Bitterfeld durch das psychiatrische Fachkrankenhaus Bernburg gewährleistet. Die regionsbezogene Messziffer betrug hier nur 32,8 Betten je 100.000 EW. In Staßfurt gab es eine psychiatrische Tagesklinik mit 25 Plätzen, die dem Kreiskrankenhaus Aschersleben-Staßfurt angegliedert war.

In freier Niederlassung waren drei Nervenärzte und ein Psychotherapeut tätig. Je 100.000 EW entsprach dies 2,8 bzw. 0,9 .

Im Bereich „Wohnen“ gab es fünf Dauerwohnheime mit ständiger Personalanwesenheit mit insgesamt 395 Plätzen. Weiterhin gab es eine spezielle gerontopsychiatrische Dauerwohneinrichtung mit 28 Plätzen, in der das Personal ständig anwesend war. In einer Dauerwohneinrichtung mit 12

Plätzen war das Personal nur tagsüber, in einer weiteren Einrichtung mit 119 Plätzen seltener anwesend.

Die im Landkreis existierende Werkstatt für behinderte Menschen war zum Zeitpunkt dieser Erhebung noch nicht besucht worden und wurde daher an dieser Stelle nicht mit erfasst.

Im ambulant/kommunalen Bereich leistete der sozialpsychiatrische Dienst in Aschersleben während der Dienstzeiten sowohl einen aufsuchenden Kriseninterventionsdienst als auch eine aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung hoher Intensität. Eine ortsfeste Dauerbetreuung mittlerer Intensität wurde von einer Suchtberatungsstelle in Aschersleben gewährleistet.

Die psychiatrische Tagesklinik in Staßfurt war nur von Meisdorf und Schadeleben nicht innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Der sozialpsychiatrische Dienst in Aschersleben lag lediglich für die Bewohner der Region um Borne ausserhalb der kritischen Distanzschwelle. Die stationäre Einrichtung in Bernburg konnte aus den nördlichen Regionen um Egeln, Borne, Schadeleben und Meisdorf nicht innerhalb der kritischen Distanzschwelle erreicht werden.

Tab. 8.9: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Aschersleben-Staßfurt

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R11	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal 24 h	6	28-200	71	423 (28*)	397,5 (26,3*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24 h	1	12		12	11,2
R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	1	119		119	111,8
D1	Tagesklinik	1	25		25	23,5
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	1				
O9	Dauerbetreuung, ortsfest, mittl. Intens.	1				
	Gesamt	12**				

(*Anzahl der Plätze ohne geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich;*** regionsbezogenen Messziffer lt. Landespsychiatrieplan)

8.2.10 Der Landkreis Schönebeck

Der Landkreis Schönebeck liegt südlich der Landeshauptstadt Magdeburg und hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 460 km² und 78.931 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 171,4 EW/km². Die Arbeitslosenquote lag mit 19,5% im mittleren Bereich in Sachsen-Anhalt.

Laut Landespsychiatrieplan wurde der Landkreis Schönebeck durch das Fachkrankenhaus Haldensleben mit einer regionsbezogenen Messziffer von 45 psychiatrischen Akutbetten je 100.000 EW kreisübergreifend mitversorgt. Aufgrund der geografischen Lage des Kreises zwischen der Landeshauptstadt Magdeburg im Norden und dem Landkreis Bernburg im Süden ist anzunehmen, dass die tatsächliche stationäre und tagesklinische psychiatrische Versorgung durch die Einrichtungen in Bernburg und Magdeburg erfolgt. Dafür spricht auch, dass die stationäre und teilstationäre Einrichtung in Haldensleben von allen ausgewählten Ortschaften im Landkreis Schönebeck nicht innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar waren.

Größtenteils mussten Fahrzeiten über 1,5 Stunden in Kauf genommen werden. Die nächstgelegene stationäre psychiatrische Einrichtung innerhalb der kritischen Distanzschwellen lag für alle betrachteten Ortschaften in Magdeburg oder Bernburg.

In freier Niederlassung waren 1996 bis 1998 zwei Nervenärzte und fünf Psychotherapeuten tätig, dies entsprach bevölkerungsbezogen 2,5 bzw. 6,3 je 100.000 EW.

Einrichtungen des Bereichs „Wohnen“ existierten 1996 bis 1998 im Landkreis Schönebeck in keiner Weise.

Im tagesstrukturierenden Sektor gab es eine Werkstatt für behinderte Menschen mit 108 Plätzen, in der eine arbeitsähnliche Beschäftigung möglich war. In einer weiteren Einrichtung mit 20 Plätzen wurde eine tagesstrukturierende Beschäftigung angeboten. Beide Einrichtungen waren ausschließlich für geistig behinderte Menschen konzipiert. Weiterhin fand sich eine Begegnungsstätte für alkoholabhängige Menschen, welche nicht täglich geöffnet hatte.

Im Bereich der ambulanten/kommunalen Dienste gewährleistete der sozialpsychiatrische Dienst in Schönebeck während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Letzteres bot auch eine Suchtberatungsstelle in Schönebeck an.

Der sozialpsychiatrische Dienst in Schönebeck war von den meisten Ortschaften innerhalb der kritischen Distanzschwelle von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Tab. 8.10: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Schönebeck

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	108		108	136,8
D4	Tagestrukt., mindst vier Halbtage/Wo	1	20		20	25,3
D5	Sozialkontakt, niedrige Intensität	1				
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	2				
	Gesamt	7**				

(**Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.11 Der Landkreis Köthen

Der Landkreis Köthen hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 480 km² und 71.577 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 149,0 Einwohnern/km². Die Arbeitslosenquote lag 1998 mit 18,9% im Landesvergleich im mittleren Bereich.

Eigene psychiatrische Akutbetten existierten 1998 im Landkreis nicht. Die stationäre psychiatrische Akutversorgung wurde laut Landespsychiatrieplan durch eine kreisübergreifende Versorgung gemeinsam mit den benachbarten Kreisen Aschersleben-Staßfurt, Bernburg, Bitterfeld und dem Saalkreis mit einer regionsbezogenen Messziffer von 32,8 Akutbetten je 100.000 EW durch das psychiatrische Fachkrankenhaus in Bernburg gewährleistet.

In freier Niederlassung waren je zwei Nervenärzte und Psychotherapeuten tätig, was einer je Messziffer von 2,8 je 100.000 EW entsprach.

Im Bereich „Wohnen“ gab es vier Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit mit insgesamt 196 Plätzen, davon war eine Einrichtung mit 48 Plätzen für seelisch behinderte Menschen ausgewiesen. Es gab eine weitere Dauerwohneinrichtung mit Personalanwesenheit nur am Tage mit 18 Plätzen für seelisch behinderte Menschen.

Für seelisch Behinderte gab es im beruflichen/rehabilitativen Bereich eine Tagesstätte mit 15 Plätzen mit tagesstrukturierenden Angeboten und eine separate Einrichtung mit 16 Plätzen, wo eine arbeitsähnliche Beschäftigung möglich war. Weiterhin gab es eine Werkstatt für behinderte Menschen mit 120 Plätzen mit arbeitsähnlicher Tätigkeit für geistig behinderte Menschen.

Im ambulant/kommunalen Sektor gewährleistete der sozialpsychiatrische Dienst in Köthen während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Krisendienst und eine hochfrequente aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Eine hochfrequente ortsfeste Dauerbetreuung wurde weiterhin von einer Suchtberatungsstelle in Köthen angeboten.

Die stationäre Einrichtung in Bernburg war lediglich aus den Regionen um Diebzig, Quellendorf und Radegast nicht innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Die Erreichbarkeit der sozialpsychiatrischen Dienststelle in Köthen lag für alle betrachteten Orte innerhalb der kritischen Distanzschwelle.

Tab. 8.11: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Köthen

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	4	17-72	49	196 (48*)	273,8 (67,1*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24 h	1	18*		18*	25,1*
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	2	16-120	68	136 (16*)	190,0 (22,4*)
D4	Tagestrukt., mindst vier Halbtage/Wo	1	15*		15*	21,0*
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	2				
	Gesamt	12**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.12 Der Landkreis Bernburg

Der Landkreis Bernburg hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 414 km² und 71.954 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 173,9 Einwohnern pro km². Die Arbeitslosenquote war mit 20,4% im landesweiten Vergleich hoch.

In der Maßregelvollzugsanstalt Bernburg gab 79 Plätze für die speziell gesicherte Unterbringung nach §64 StGB. Für die psychiatrische Akutversorgung standen im Fachkrankenhaus Bernburg insgesamt 145 Betten und 15 tagesklinische Plätze zur Verfügung. Für den Landkreis allein ergab sich eine Bettenmesszahl von 201,5 je 100.000 EW. Korrigiert nach dem Landespsychiatrieplan,

der die kreisübergreifende Mitversorgung der benachbarten Kreise Aschersleben-Staßfurt, Köthen, Saalkreis und Bitterfeld durch das Fachkrankenhaus Bernburg vorsah, betrug die Bettenmesszahl nur 32,8 je 100.000 EW.

In freier Niederlassung waren 1998 zwei Nervenärzte und vier Psychotherapeuten tätig. Bevölkerungsbezogen entsprach dies 2,8 bzw. 5,6 je 100.000 EW.

Es gab eine Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit mit 55 Plätzen für geistig behinderte Menschen. Eine weitere Dauerwohneinrichtung mit einer stundenweisen Personalanwesenheit tagsüber stellte fünf Plätze für geistig behinderte Menschen bereit.

Im tagesstrukturierenden Bereich gab es eine Tagesstätte mit 15 Plätzen für seelisch behinderte Menschen, wo eine Beschäftigung möglich war. Eine arbeitsähnliche Tätigkeit wurde in einer Werkstatt für geistig behinderte Menschen mit 147 Plätzen angeboten.

Durch den sozialpsychiatrischen Dienst in Bernburg wurde ein aufsuchender Krisendienst während der Dienstzeiten und eine hochfrequente aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung gewährleistet. Letzteres hielten ebenfalls die Institutsambulanz des psychiatrischen Fachkrankenhauses Bernburg und eine Suchtberatungsstelle in Bernburg bereit. Durch die Dienstärzte des Fachkrankenhauses war ein ortsfester Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr verfügbar.

Nach der geografischen Lage beurteilt, scheint der Standort Bernburg für die stationären als auch ambulanten psychiatrischen Einrichtungen günstig gewählt zu sein. Die betrachteten Ortschaften waren alle nicht weiter als 22 km von Bernburg entfernt. Ein Problem stellte dennoch der öffentliche Personennahverkehr dar. So waren etliche Ortschaften nur schlecht oder überhaupt nicht an das öffentliche Nahverkehrsnetz angeschlossen. Die Wegzeiten waren für recht kurze Entfernungen entweder extrem lang (z.B. Belleben-Bernburg 18 km, Wegzeit mit ÖPNV 1,52 h) oder nicht zu ermitteln, vermutlich weil es keine Verbindung gab. Es ist davon auszugehen, dass die kritische Distanzschwelle von 45 Minuten deutlich überschritten wurde und damit die Erreichbarkeit trotz kurzer Entfernungen schlecht war.

Tab. 8.12: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Bernburg

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl je 100.000 EW
R1	Spez. gesicherte Unterbringung (For.)	1			79	
R2	Krankenhaus akut	1	145		145	201,5 (32,8***)
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	1	55		55	76,4
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24 h	1	5		5	6,9
D1	Tagesklinik	1	15		15	20,8
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	147		147	204,3
D4	Tagestrukt., mindst vier Halbtage/Wo	1	15*		15*	20,8*
O2.	Notfallvers., aufsuch. begr. Dienstzeit	1				
O3	Notfallvers., Ortsfest, 24 h	1				
O4	Dauerbetreuung, ortsfest hohe Intens.	3				
	Gesamt	12**				

(*Anzahl der Plätze ohne geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich;*** regionsbezogen Messziffer lt. Landespsychiatrieplan)

8.2.13 Der Landkreis Bitterfeld

Der Landkreis Bitterfeld hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 505 km² und 113.705 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 225,4 EW/km². Er gehörte damit neben dem Landkreis Weißenfels zu den dicht besiedeltsten Landkreisen Sachsen-Anhalts. Die Arbeitslosenquote war 1998 mit 22,8% am höchsten in Sachsen-Anhalt.

Die psychiatrische stationäre Akutversorgung wurde laut Landespsychiatrieplan durch die kreisübergreifende Versorgung durch das psychiatrische Fachkrankenhaus Bernburg mit einer regionsbezogenen Bettenzahl von 32,8 Akutbetten je 100.000 EW gewährleistet. In der Versorgungsrealität muss jedoch davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Erreichbarkeit der stationären Einrichtung in Bernburg für einen Grossteil der Bevölkerung des Landkreises Bitterfeldes durch die, zum Teil erheblichen, Entfernungen und Wegzeiten mit dem ÖPNV oberhalb der kritischen Distanzschwelle, eher die stationären Einrichtungen der näher gelegenen Städte Halle und Dessau in Anspruch genommen wurden.

Im Landkreis Bitterfeld gab es eine psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik mit zehn Plätzen in Wolfen angegliedert an das Kreiskrankenhaus Bitterfeld-Wolfen.

In freier Niederlassung waren zwei Nervenärzte und ein Psychotherapeut tätig, was einer bevölkerungsbezogenen Kennziffer von 1,8 bzw. 0,9 je 100.000 EW entsprach.

In dem Bereich „Wohnen“ gab es sechs Dauerwohnheime mit ständiger Personalanwesenheit mit insgesamt 337 Plätzen. Eine dieser Einrichtungen mit 30 Plätzen war für psychisch kranke Menschen eingerichtet.

Auf dem Gebiet der beruflichen/rehabilitativen Angebote existierten drei Werkstätten für behinderte Menschen mit insgesamt 128 Plätzen ausschließlich für geistig behinderte Menschen.

Im ambulant/kommunalen Sektor bot der sozialpsychiatrische Dienst in Bitterfeld eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung an. Ein aufsuchender Krisendienst während der Dienstzeiten wurde nicht gewährleistet. Eine Suchtberatungsstelle in Bitterfeld stellte neben einem ortsfesten Krisendienst während der Öffnungszeiten auch eine ortsfeste, hochfrequente Dauerbetreuung bereit. Eine weitere Suchtberatungsstelle in Wolfen hielt ebenfalls eine ortsfeste, hochfrequente Dauerbetreuung bereit.

Die Dienststelle des sozialpsychiatrischen Dienstes in Bitterfeld war von den meisten Orten im Landkreis innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

Tab. 8.13: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Bitterfeld

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	6	20-124	56,2	337 (30*)	296,4 (26,4*)
D1	Tagesklinik	1	10		10	8,8
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	3	13-64	42,7	128	112,6
O2	Notfallvers., ortsfest, begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				

O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	3				
	Gesamt	15**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.14 Der Landkreis Wittenberg

Der Landkreis Wittenberg hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 1508 km² und 135.812 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 90,1 Einwohnern pro km² und zählte damit zu den weniger dicht besiedelten Landkreisen Sachsen-Anhalts. Die Arbeitslosenquote lag mit 18,7% im mittleren Bereich im landesweiten Vergleich.

1998 standen für die stationäre Akutversorgung 18 Betten in der psychiatrischen Abteilung des Klinikums Bosse zur Verfügung. Dies entsprach der niedrigsten bevölkerungsbezogenen Bettenzahl von 13,3 je 100.000 EW in Sachsen-Anhalt. In der tagesklinischen Abteilung des Klinikums standen 20 Plätze, entsprechend einer Platzzahl von 14,7 je 100.000 EW bereit.

In freier Niederlassung waren vier Nervenärzte und ein Psychotherapeut tätig, was einer bevölkerungsbezogenen Messziffer von 2,9 bzw. 0,7 je 100.000 EW entsprach.

Im Bereich „Wohnen“ existierte ein nach Betreuungsintensität und Art der Einschränkung differenziertes Angebot. So gab es in vier Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit insgesamt 173 Plätze, wovon 40 Plätze speziell für suchtkranke Menschen bereitgehalten wurden. Für suchtkranke Menschen existierten weiterhin zwei Übergangswohnheime, davon eins mit sieben Plätzen mit einer Personalpräsenz am Tage und eins mit 24 Plätzen mit einer Personalanwesenheit für nur einige Stunden an weniger als vier Tagen pro Woche. Daneben existierte eine Dauerwohneinrichtung, in der das Personal nur tagsüber anwesend war, mit 26 Plätzen für geistig behinderte Menschen. In zwei weiteren Dauerwohneinrichtungen mit je 12 Plätzen war das Personal seltener anwesend. Die eine dieser Einrichtungen war für geistig behinderte Menschen und die andere für psychisch kranke Menschen konzipiert.

Im tagesstrukturierenden Bereich waren insgesamt 336 Plätze in drei Werkstätten für geistig behinderte Menschen verfügbar. Speziell auf die Bedürfnisse von seelisch behinderten Menschen abgestimmte Plätze gab es nicht.

Im ambulant/kommunalen Bereich wurde durch den sozialpsychiatrischen Dienst mit drei Dienststellen (Jessen, Gräfenhainichen, Wittenberg) während der Dienstzeiten ein aufsuchender Kriseninterventionsdienst, eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung gewährleistet. Eine hochfrequente, ortsfeste Dauerbetreuung wurde ebenfalls durch eine Suchtberatungsstelle in Wittenberg realisiert. Eine ortsfeste mittelfrequente Dauerbetreuung wurde durch eine weitere Suchtberatungsstelle in Schweinitz ermöglicht. Einen ortsfesten Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr hielten die Dienstärzte der psychiatrischen Abteilung in Wittenberg vor.

Im dünnbesiedelten Landkreis Wittenberg mussten zum Teil erhebliche Fahrtzeiten mit dem ÖPNV berücksichtigt werden. So war die stationäre Einrichtung in Wittenberg nur von einigen Orten innerhalb von 45 Minuten zu erreichen. Die Bewohner der Region um Söllichau mussten gar eine Fahrtzeit von 2,11 Stunden in Kauf nehmen. Günstiger war die Erreichbarkeit der sozialpsychiatrischen Dienste. Durch Dienststellen an drei Standorten war nur für die Ortschaften um Lindau und Kemberg die kritische Distanzschwelle deutlich überschritten.

Tab. 8.14: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Wittenberg

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	1	18		18	13,3
R9	Wohnen, zeitl. begrenzt, Personal < 24 h	1	24*		24*	17,7*
R10	Wohnen, zeitl. begrenzt, Personal zeitw.	1	7*		7*	5,2*
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	4	25-70	43,3	173 (40*)	127,4 (29,4*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24h	1	26		26	19,1
R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	1	7*		7*	5,2*
D1	Tagesklinik	1	20		20	14,7
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	3	24-260	112	336	247,4
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	3				
O3	Notfallvers. Ortsfest, 24-h	1				
O5	Dauerbetreuung aufsuch. hohe Intens.	3				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest hohe Intens.	4				
O9	Dauerbetreuung, ortsfest mittl. Intens.	1				
	Gesamt	26**				

(*Anzahl der Plätze ohne geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.15 Der Landkreis Anhalt-Zerbst

Der Landkreis Anhalt-Zerbst hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 1225 km² und 79240 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 64,7 EW/km². Damit zählt dieser Landkreis zu den weniger dicht bewohnten Regionen Sachsen-Anhalts. Die Arbeitslosenquote lag 1998 mit 17,3% im landesweiten Vergleich im mittleren Bereich.

Eigene psychiatrische Akutbetten existierten im Landkreis nicht. Die Akutversorgung wurde laut Landespsychiatrieplanung durch die kreisübergreifende Versorgung durch die psychiatrische Abteilung am St. Josephs-Krankenhaus in Dessau mit einer regionsbezogenen Bettenziffer von 48,2 je 100.000 EW gewährleistet.

In freier Niederlassung waren zwei Nervenärzte tätig, dies entsprach einer bevölkerungsbezogenen Messziffer von 2,5 je 100.000 EW. Niedergelassene Psychotherapeuten gab es nicht.

Im Bereich „Wohnen“ gab es drei Dauerwohnheime mit einer ständigen Personalanwesenheit mit insgesamt 136 Plätzen. Weitere Wohnangebote existierten nicht.

Im tagestrukturierenden Bereich gab es eine Werkstatt für geistig behinderte Menschen mit einer Kapazität von 168 Plätzen. Spezialisierte Einrichtungen oder Plätze für seelisch behinderte oder suchtkranke Menschen existierten nicht.

Der sozialpsychiatrische Dienst mit drei Dienststellen (Wörlitz, Rosslau, Zerbst) konnte aufgrund der personellen Besetzung und der weiten Entfernungen im Landkreis nur eine mittel- bzw. niedrigfrequente, aufsuchende bzw. ortsfeste Dauerbetreuung während der Dienstzeiten gewährleisten. Eine ortsfeste, hochfrequente Dauerbetreuung konnten dagegen drei Suchtberatungsstellen (Zerbst, Oranienbaum, Rosslau) anbieten.

Die zuständige stationäre Einrichtung in Dessau konnte lediglich aus den Regionen um Coswig, Wörlitz, Rosslau, Hundeluft und Walternienburg innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden. Die Bewohner der anderen betrachteten Orte mussten erheblich längere Wegzeiten in Kauf nehmen. Durch die drei Standorte des sozialpsychiatrischen Dienstes lag die Erreichbarkeit der Dienststellen nur für die Regionen um Dobritz, Cöbelsdorf und Loburg nicht innerhalb der kritischen Distanzschwelle von 45 Minuten.

Tab. 8.15: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Anhalt-Zerbst

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	3	31-70	45,3	136	171,6
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	168		168	212,0
O6	Dauerbetreuung, aufsuch., mittl. Intens.	2				
O7	Dauerbetreuung, aufsuch., niedr. Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	3				
O9	Dauerbetreuung, ortsfest, mittl. Intens.	2				
O10	Dauerbetreuung, ortsfest, niedr. Intens.	1				
	Gesamt	13**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.16 Der Landkreis Sangerhausen

Der Landkreis Sangerhausen hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 690 km² und 70.165 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 101,7 EW/km². 1998 betrug die Arbeitslosenquote 20,7% und lag damit im landesweiten Vergleich relativ hoch.

Über psychiatrische Akutbetten verfügte der Landkreis nicht. Die stationäre Akutversorgung wurde laut Landespsychiatrieplan durch die psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Großörner mit einer regionsbezogenen Bettenzahl von 30,4 je 100.000 EW gewährleistet. In der Suchtfachklinik am Kyffhäuser wurden 78 „elektive“ Betten für eine Entwöhnungsbehandlung bereitgehalten.

In freier Niederlassung war ein Nervenarzt tätig, was einer bevölkerungsbezogenen Messziffer von 1,4 je 100.000 EW entsprach. Niedergelassene Psychotherapeuten waren nicht tätig.

Im Bereich „Wohnen“ gab es fünf Dauerwohnheime mit einer ständigen Personalanwesenheit mit insgesamt 185 Plätzen. Davon waren 115 Plätze für seelisch behinderte bzw. suchtkranke Menschen ausgewiesen. In einer weiteren Dauerwohneinrichtung mit 18 Plätzen für seelisch behinderte Menschen war das Personal nur tagsüber anwesend.

Die Werkstatt für behinderte Menschen in Sangerhausen war 1998 noch nicht von den Besuchs-kommissionen besucht worden und kann daher hier nicht berücksichtigt werden.

Der sozialpsychiatrische Dienst in Sangerhausen gewährleistete während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Krisendienst und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Eine hochfrequente, ortsfeste Dauerbetreuung wurde auch von der suchttherapeutischen Fachambulanz der Suchtfachklinik am Kyffhäuser realisiert.

Die für den Landkreis zuständige, stationäre Einrichtung in Großörner war lediglich für die Region um Blankenheim und Sangerhausen innerhalb der kritischen Distanzschwelle zu erreichen. Dagegen war die Erreichbarkeit der sozialpsychiatrischen Dienststelle von allen betrachteten Orten gut innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Tab. 8.16: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Sangerhausen

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R4	Krankenhaus elektiv	1	78		78	111,2
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	5	15-70	37	185 (115*)	263,7 (163,9*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24h	1	18*		18*	25,7*
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	2				
	Gesamt	11**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.17 Das Mansfelder Land

Der Landkreis Mansfelder Land hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 759 km² und 110.975 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 146,3 EW/km². Die Arbeitslosenquote lag mit 20,7% im landesweiten Vergleich relativ hoch.

Die stationäre psychiatrische Akutversorgung wurde 1996 bis 1998 noch durch die psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Großörner mit 55 Betten entsprechend einer bevölkerungsbezogenen Bettenzahl von 49,6 je 100.000 EW gewährleistet. Laut Landespsychiatrieplan wurde der Landkreis Sangerhausen von dieser Einrichtung mitversorgt, was zu einer regionsbezogenen Bettenzahl von 30,4 je 100.000 EW führte. Die psychiatrische Tagesklinik in Großörner hatte 15 Plätze.

In freier Niederlassung waren drei Nervenärzte und ein Psychotherapeut tätig. Das entsprach einer Messziffer von 2,7 bzw. 0,9 je 100.000 EW.

Im Bereich „Wohnen“ gab es sechs Dauerwohnheime mit einer ständigen Personalanwesenheit mit insgesamt 224 Plätzen ausschließlich für geistig behinderte Menschen.

In drei Werkstätten für behinderte Menschen wurden insgesamt 285 Plätze für eine arbeitsähnliche Beschäftigung angeboten. Davon waren 42 Plätze in einer separaten Einrichtung für seelisch

behinderte Menschen vorgesehen. In einer Einrichtung mit acht Plätzen wurde eine tagesstrukturierende Beschäftigung geistig behinderten Menschen ermöglicht.

Der sozialpsychiatrische Dienst, mit den Dienststellen in Eisleben und Hettstedt gewährleistete während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Ein ortsfester Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr war durch die Dienstärzte der psychiatrischen Abteilung in Großörner verfügbar. Eine Suchtberatungsstelle existierte nicht.

Die stationäre Einrichtung in Großörner war mit öffentlichen Verkehrsmitteln von allen betrachteten Orten im Landkreis aus gut zu erreichen. Lediglich Personen aus den Regionen Polleben, Volkstedt und Osterhausen waren länger als 45 Minuten unterwegs. Die Erreichbarkeit der stationären Einrichtung dürfte sich seither durch den Umzug der Klinik aus den Gebäuden in Großörner nach Hettstedt eher noch verbessert haben.

Eine der Dienststellen des sozialpsychiatrischen Dienstes war von allen betrachteten Orten innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Tab. 8.17: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Mansfelder Land

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	1	55		55	49,6 (30,4 ^{***})
R11	Wohnen zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	6	20-60	37,3	224	201
D1	Tagesklinik	1	15		15	13,5
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	3	42-147	95	285 (42*)	256,8 (37,8*)
D4	Tagestrukt., mindst vier Halbtage/Wo	1	8		8	7,2
O2	Notfallvers. aufsuch. begr. Dienstzeit	2				
O3	Notfallvers. Ortsfest, 24-h	1				
O5	Dauerbetreuung aufsuch. hohe Intens.	2				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest hohe Intens.	2				
	Gesamt	19**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich; *** regionsbezogenen Messziffer lt. Landespsychiatrieplan)

8.2.18 Der Saalkreis

Der Saalkreis hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 628 km² und 79.053 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 125,8 EW/km². Der Saalkreis umgibt die kreisfreie Stadt Halle/Saale fast vollständig. Die Arbeitslosigkeit war mit 16,9% im landesweiten Vergleich eher niedrig.

Die psychiatrische Akutversorgung wurde laut Landespsychiatrieplan kreisübergreifend durch das psychiatrische Fachkrankenhaus Bernburg mit einer regionsbezogenen Bettenzahl von 32,8 je 100.000 EW gewährleistet. Betrachtet man jedoch die geografische Lage des Landkreises und die daraus resultierenden Entfernungen und Wegzeiten, muss davon ausgegangen werden, dass die stationäre psychiatrische Versorgung eher durch die Einrichtungen der Stadt Halle als durch das Fachkrankenhaus Bernburg realisiert wurde.

Im Landkreis waren weder Nervenärzte noch Psychotherapeuten in freier Niederlassung tätig.

Im Bereich „Wohnen“ standen in drei Dauerwohnheimen mit ständiger Personalanwesenheit insgesamt 260 Plätze für geistig behinderte Menschen bereit.

In einer Werkstatt für behinderte Menschen existierten 177 Plätze für eine arbeitsähnliche Tätigkeit und in einer weiteren Einrichtung 16 Plätze mit einem tagesstrukturierenden Beschäftigungsangebot für geistig behinderte Menschen.

Der sozialpsychiatrische Dienst gewährleistete während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung wurde ebenfalls von einer Suchtberatungsstelle bereitgehalten. Die Dienststelle des sozialpsychiatrischen Dienstes und die Suchtberatungsstelle befanden sich im Stadtgebiet der Stadt Halle. Durch die geografische Lage des Saalkreises erreichen die Einwohner aller betrachteten Ortschaften alle Einrichtungen des Saalkreises in der Stadt Halle, aber auch die Einrichtungen der Stadt Halle selbst, innerhalb der kritischen Distanzschwelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Dagegen ist die laut Landespsychiatrieplan „zuständige“ stationäre Einrichtung von keinem der ausgewählten Orten in weniger Zeit als einer Stunde zu erreichen.

Tab. 8.18: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Saalkreis

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	3	47-127	86.7	260	328.9
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	177		177	223.9
D4	Tagestrukt., mindst. vier Halbtage/Wo	1	16		16	20.2
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	2				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	2				
	Gesamt	10**				

(**Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.19 Der Landkreis Merseburg-Querfurt

Der Landkreis Merseburg-Querfurt liegt südlich der Stadt Halle und hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 805 km² und 110.975 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 171,4 EW/km². Die Arbeitslosigkeit lag 1998 mit 20,0% im landesweiten Vergleich relativ hoch.

Es standen für die stationäre und teilstationäre psychiatrische Akutversorgung 40 stationäre Betten und 12 tagesklinische Plätze der psychiatrischen Abteilung des Carl-von-Basedow-Klinikum Merseburg-Querfurt am Standort Zingst zur Verfügung. Die Bettenzahl lag damit bei 29,0 Akutbetten je 100.000 EW.

In freier Niederlassung waren drei Nervenärzte und drei Psychotherapeuten tätig, was einer Messziffer von jeweils 2,2 je 100.000 EW entsprach.

Im Bereich „Wohnen“ gab es in sieben Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit insgesamt 291 Plätze. Davon waren 40 Plätze in einer separaten Einrichtung für abhängigkeitskranke Menschen vorgesehen.

In einer Werkstatt für behinderte Menschen wurden 160 Plätze für eine arbeitsähnliche Beschäftigung ausschließlich für geistig behinderte Menschen bereitgehalten.

Im ambulant/kommunalen Bereich ermöglichte der sozialpsychiatrische Dienst mit den Dienststellen in Merseburg und Querfurt während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Ein ortsfester Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr war durch die Dienstärzte der psychiatrischen Klinik in Querfurt verfügbar.

Durch die dezentrale Lage der stationären und teilstationären Einrichtung in Zingst war es nur den Regionen um Schraplau, Farnstädt, Vitzenburg und Querfurt möglich, Zingst innerhalb von 45 Minuten zu erreichen. Die stationären psychiatrischen Einrichtungen der Stadt Halle waren zum Teil günstiger zu erreichen. Eine Verbesserung der Situation dürfte seither durch den Umzug der Klinik nach Querfurt eingetreten sein. Die Erreichbarkeit der Dienststellen des sozialpsychiatrischen Dienstes in Merseburg und Querfurt war von den meisten betrachteten Ortschaften innerhalb von 45 Minuten möglich.

Tab. 8.19: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Merseburg-Querfurt

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	1	40		40	29,0
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	7	18-90	41,6	291 (40*)	211,0 (29*)
D1	Tagesklinik	1	12		12	8,7
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	160		160	116,0
O2	Notfallvers. aufsuch. begr. Dienstzeit	1				
O3	Notfallvers. Ortsfest, 24-h	1				
O5	Dauerbetreuung aufsuch. hohe Intens.	2				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest hohe Intens.	2				
	Gesamt	16**				

(*Anzahl der Plätze ohne geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.20 Der Burgenlandkreis

Der Burgenlandkreis liegt ganz im Süden Sachsen-Anhalts und hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 1041 km² und 146.368 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 140,6 EW/km². Die Arbeitslosenquote war 1998 mit 21,7% mit am höchsten in Sachsen-Anhalt.

Die psychiatrische Akutversorgung wurde 1998 durch die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie am Kreiskrankenhaus Naumburg mit 60 stationären Betten und 20 tagesklinischen Plätzen gewährleistet. Für den Landkreis ergab sich daraus eine Bettenzahl von 41,0 Akutbetten je 100.000 EW. Der Nachbarkreis Weißenfels hielt keine eigenen psychiatrischen Akutbetten vor, so dass die stationäre psychiatrische Versorgung laut Landespsychiatrieplan kreisübergreifend mit einer regionsbezogenen Bettenzahl von 26,5 je 100.000 EW auskommen musste. Dies entsprach der zweitniedrigsten Bettenmessziffer in Sachsen-Anhalt.

In freier Niederlassung waren vier Nervenärzte und zwei Psychotherapeuten tätig, entsprechend bevölkerungsbezogenen Kennziffern von 2,7 bzw. 1,4 je 100.000 EW.

Im Bereich „Wohnen“ existierte ein, nach Betreuungsintensität und Art der vorliegenden Beeinträchtigung differenziertes, Versorgungsangebot. In drei Dauerwohnheimen mit einer ständigen Personalanwesenheit gab es insgesamt 177 Plätze. Davon waren lediglich 30 Plätze für geistig behinderte Menschen in einer separaten Einrichtung eingerichtet. Weiterhin gab es zwei Dauerwohnheime mit einer zeitweiligen Personalanwesenheit am Tage mit insgesamt 18 Plätzen, davon sechs Plätze in der einen Einrichtung für suchtkranke Menschen und 12 Plätze für seelisch behinderte Menschen in der anderen Einrichtung. Für suchtkranke Menschen konnten sieben Plätze in einem Übergangwohnheim mit einer niedrigen Betreuungsintensität angeboten werden. Im Einzelwohnen wurden sechs suchtkranke Menschen betreut.

Im rehabilitativ-tagesstrukturierenden Bereich gab es 270 Plätze in einer Werkstatt für geistig behinderte Menschen. In Zeitz wurde in einer weiteren Einrichtung mit 11 Plätzen für seelisch behinderte Menschen eine tagesstrukturierende Tätigkeit seltener als an vier Halbtagen pro Woche angeboten. In Naumburg gab es eine Einrichtung mit einem tagesstrukturierenden Angebot mit 20 Plätzen für seelisch behinderte Menschen, die aber öfter als an vier Halbtagen pro Woche verfügbar war.

Der sozialpsychiatrische Dienst mit Dienststellen in Naumburg, Nebra und Zeitz stellte während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung bereit. Eine ortsfeste hochfrequente Dauerbetreuung wurde auch durch die Institutsambulanz der psychiatrischen Klinik in Naumburg und durch eine Suchtberatungsstelle in Naumburg angeboten. Ein ortsfester Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr wurde durch die Dienstärzte des psychiatrischen Krankenhauses gewährleistet.

Die Erreichbarkeit der stationären Einrichtung in Naumburg war aus der mittelbaren und unmittelbaren Umgebung der Stadt selbst innerhalb der kritischen Distanzschwelle gegeben. Allerdings mussten Personen aus weiter entfernten Regionen wie Wetterzeube, Droyßig, Kayna und Draschwitz zum Teil erhebliche Fahrtzeiten in Kauf nehmen. Durch die drei Dienststellen des sozialpsychiatrischen Dienstes konnte zumindest eine der Dienststellen von den meisten der betrachteten Ortschaften aus innerhalb der geforderten 45 Minuten erreicht werden.

Tab.8.20: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Burgenlandkreis

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	1	60		60	41,0 26,5***
R10	Wohnen zeitl. begrenzt, Personal zeitw.	1	8*		8*	5,5*
R11	Wohnen zeitl. unbegrenzt, Personal 24h	3	30-112	59 (73,5*)	177 (147*)	120,9 (100,4*)
R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	2	6*-12*	9	18*	12,3*
D1	Tagesklinik	1	20		20	13,7

D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	270		270	184,4
D4	Tagestrukt., mindst vier Halbtage/Wo	1	11*		11*	7,5*
D8	Strukturierte Tätigkeit, niedrige Intens.	1	20*		20*	13,7*
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O3	Notfallvers., ortsfest, 24 h	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	3				
	Gesamt	17**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich;*** regionsbezogen Messziffer lt. Landespsychiatrieplan)

8.2.21 Der Landkreis Weißenfels

Der Landkreis Weißenfels liegt im Süden Sachsen-Anhalts und hatte 1998 bei einer Fläche von 373 km² und 80.332 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 215,7 EW/km².

Die psychiatrische stationäre Akutversorgung wurde durch die psychiatrische Klinik des Kreiskrankenhauses Naumburg kreisübergreifend gewährleistet und zählte mit zu den Regionen mit den niedrigsten psychiatrischen Akutbettenzahlen mit einer Bettenzahl von 26,5 je 100.000 EW.

In freier Niederlassung waren 1998 zwei Nervenärzte und fünf Psychotherapeuten tätig. Dies entsprach Kennziffern von 2,5 bzw. 6,2 je 100000 EW.

Im Bereich „Wohnen“ existierte lediglich eine Dauerwohneinrichtung mit einer Personalanwesenheit am Tage mit 17 Plätzen für geistig behinderte Menschen. Weitere Angebote gab es nicht.

Für seelisch behinderte Menschen standen in einer Einrichtung 20 Plätze für eine tagesstrukturierende Tätigkeit zur Verfügung. In einer Werkstatt für geistig behinderte Menschen wurden 158 Plätze für eine arbeitsähnliche Beschäftigung angeboten.

Der sozialpsychiatrische Dienst in Hohenmölsen bot während der Dienstzeiten eine aufsuchende Krisenintervention und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung an.

Die Erreichbarkeit der stationären Einrichtung in Naumburg lag von allen betrachteten Orten entweder innerhalb oder kurz oberhalb der kritischen Distanzschwelle. Die Dienststelle des sozialpsychiatrischen Dienstes in Hohenmölsen war lediglich aus den Regionen um Lützen und Großkorbetha nicht innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Tab. 8.21: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS im Landkreis Weißenfels

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24 h	1	17		17	21,2
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	158		158	196,7
D4	Tagestrukt., mindst vier Halbtage/Wo	1	20*		20*	24,9*
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	1				
	Gesamt	6**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich;*** regionsbezogen Messziffer lt. Landespsychiatrieplan)

8.2.22 Die Stadt Magdeburg

Die kreisfreie Stadt Magdeburg ist die Landeshauptstadt Sachsen-Anhalts. Hier lebten 1998 auf einer Fläche von 193 km² 239.462 Einwohner mit einer Bevölkerungsdichte von 1.241,1 EW/km². 1998 lag die Arbeitslosenquote bei 18,0% und damit im landesweiten Vergleich im mittleren Bereich.

Für die psychiatrische Akutversorgung standen in Magdeburg insgesamt 100 Betten in zwei Kliniken zur Verfügung. Dies entsprach einer Bettenzahl von 41,8 je 100.000 EW. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg hatte 59 Betten und die psychiatrische Klinik am Städtischen Walter-Friedrich-Krankenhaus 41 Betten. Beiden Einrichtungen war je eine Tagesklinik mit acht bzw. zehn Plätzen angegliedert. Eine weitere Tagesklinik mit 35 Plätzen war auf die Behandlung suchtkranker Menschen spezialisiert. Zusammen boten diese Einrichtungen 53 tagesklinische Plätze an. Zusätzlich existierten in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Otto-von-Guericke Universität zehn Betten für einen elektiven stationären psychotherapeutischen Aufenthalt in der psychosomatischen Abteilung.

In freier Niederlassung waren 22 Nervenärzte und zehn Psychotherapeuten in der Stadt Magdeburg tätig. Dies entsprach 9,6 bzw. 4,2 je 100.000 EW.

Im Bereich „Wohnen“ existierte ein Übergangwohnheim mit ständiger Personalanwesenheit mit 54 Plätzen für seelisch behinderte Menschen. In sieben Dauerwohnheimen mit ständiger Personalanwesenheit gab es insgesamt 500 Plätze. Davon waren 70 Plätze in einer Einrichtung speziell suchtkranken Menschen vorbehalten. Zwei weitere Dauerwohneinrichtungen mit einer geringeren Betreuungsintensität hielten zusammen 46 Plätze bereit, davon 34 in der einen Einrichtung für psychisch kranke Menschen und 12 in der anderen Einrichtung für geistig behinderte Menschen. Die Pfeifferschen Stiftungen realisierten einen niedrigfrequenten, aufsuchenden Dienst, der psychisch kranken Menschen ein betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung ermöglichte. Genauere Angaben zur Anzahl der so betreuten Klienten gab es nicht.

Im tagestrukturierenden/rehabilitativen Bereich existierte, angebunden an das ambulant betreute Wohnprojekt der Pfeifferschen Stiftungen, eine Tagesstätte mit 24 Plätzen für eine tagesstrukturierende Tätigkeit für geistig behinderte Menschen. Diesem Projekt war weiterhin eine Begegnungsstätte, die mindestens an vier Tagen in der Woche geöffnet hatte, für psychisch kranke Menschen angegliedert. Allerdings fand sich keine Angabe einer Platzkapazität dieser Begegnungsstätte. Eine andere Kontaktstelle, ebenfalls an mindestens vier Tagen in der Woche geöffnet, wurde von einer weiteren Einrichtung für suchtkranke Menschen angeboten.

Im ambulanten/kommunalen Sektor wurde durch den sozialpsychiatrischen Dienst während der Dienstzeiten ein aufsuchender Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, aufsuchende

und ortsfeste Dauerbetreuung angeboten. Eine hochfrequente, ortsfeste Dauerbetreuung gewährleisten ebenso drei Suchtberatungsstellen und die Poliklinik der psychiatrischen Universitätsklinik. Eine der Suchtberatungsstellen sicherte während der Dienstzeiten einen nichtaufsuchenden Kriseninterventionsdienst zu. Durch die Dienstärzte der beiden psychiatrischen Kliniken war jeweils ein ortsfester Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr verfügbar.

Die Einrichtungen der Stadt Magdeburg waren laut Fahrplanauskunft der INSA (www.insa.de) von allen Stadtteilen innerhalb der kritischen Distanzschwelle zu erreichen.

Tab. 24: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS der Stadt Magdeburg

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	2	41-59	50	100	41,8
R4	Krankenhaus elektiv	1	10		10	4,2
R9	Wohnen, zeitl. begrenzt, Personal < 24 h	1	54*		54*	22,5*
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	7	11-170	71,4	500 (70*)	208,8 (29,2*)
R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	2	12-34	23	46 (34*)	19,2 (14,2*)
D1	Tagesklinik	3	8-35	17,7	53	22,1
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	175		175	73,1
D4	Tagestrukt., mindst. vier Halbtage/Wo	1	24*		24*	10,0*
D5	Sozialkontakt, mindst. vier Halbtage/Wo	2				
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O3	Notfallvers., ortsfest, 24 h	2				
O4	Notfallvers., ortsfest, begr. Dienstzeit	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O7	Dauerbetreuung, aufsuch., niedr. Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	5				
	Gesamt	31**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.23 Die Stadt Halle

In der kreisfreien Stadt Halle lebten 1998 auf einer Fläche von 135 km² 260.836 Einwohner mit einer Bevölkerungsdichte von 1.938,3 EW/km². Halle war damit die grösste Stadt und zugleich die am dichtesten besiedelte Gebietskörperschaft Sachsen-Anhalts. 1998 war die Arbeitslosenquote mit 19,5% auch im landesweiten Vergleich relativ hoch.

Zwei psychiatrische Kliniken mit insgesamt 168 psychiatrischen Akutbetten realisierten die psychiatrische Akutversorgung mit einer bevölkerungsbezogenen Bettenzahl von 64,4 je 100.000 EW. Bei dieser Bettenzahl ist jedoch die, in der Versorgungsrealität mitbetreute, Bevölkerung des Saalkreises nicht berücksichtigt worden. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg mit 80 psychiatrischen Akutbetten galt als psychiatrische Abteilung und das Psychiatrische Krankenhaus Halle-Neustadt mit 88 Betten als psychiatrisches Fachkrankenhaus. Es gab weiterhin insgesamt 62 sogenannte „elektive“ Betten, die für einen psychotherapeutischen stationären Aufenthalt zur Verfügung standen, in drei Einrichtungen

(Universitätsklinik, St. Elisabeth KH, Diakonie). In vier psychiatrischen Tageskliniken gab es insgesamt 58 Plätze.

In freier Niederlassung waren 24 Nervenärzte und 25 Psychotherapeuten tätig. Das entsprach Kennziffern von 9,2 bzw. 9,6 je 100.000 EW.

Im Bereich „Wohnen“ gab es in der Stadt Halle 1998 fünf Dauerwohneinrichtungen mit ständiger Personalanwesenheit mit insgesamt 280 Plätzen. 99 dieser Plätze waren für ältere und suchtkranke Menschen in einer Einrichtung (Riebeck-Stift) konzipiert, die aus einem ehemaligen Heim für behinderte und alte Menschen hervorgegangen war. Durch die erfolgte Umstrukturierung konnten ein Großteil der ehemaligen Bewohner in kleinere Einrichtungen umziehen, so dass in dieser Einrichtung 1996 bis 1998 hauptsächlich die älteren, also eher geriatrisch zu betreuenden Bewohner und suchtkranke Menschen lebten. Eine spezielle Einrichtung für seelisch behinderte Menschen war noch nicht besucht worden und ist an dieser Stelle nicht mit erfasst worden. Für geistig behinderte Menschen gab es weiterhin eine Wohneinrichtung mit 12 Plätzen, in der das Personal nur werktags anwesend war. Für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen hielt der Verein für Rehabilitation seelisch behinderter Menschen 42 Plätze in kleinen Wohngruppen bereit. Das Personal war in dieser Einrichtung seltener als an drei Halbtagen pro Woche anwesend.

Im rehabilitativen/tagesstrukturierenden Sektor gab es drei Werkstätten für behinderte Menschen mit insgesamt 414 Plätzen. Davon standen 24 Plätze in einer Einrichtung ausschließlich seelisch behinderten Menschen zur Verfügung. In der Einrichtung der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) gab es 16 Plätze für seelisch behinderte Menschen mit einem tagesstrukturierenden Angebot. Für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen existierten insgesamt drei Begegnungsstätten, wobei hier jeweils keine Angabe der Platzkapazitäten gemacht wurden.

Der sozialpsychiatrische Dienst realisierte während der Dienstzeiten einen aufsuchenden Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Insgesamt existierten drei Suchtberatungsstellen. Eine gewährleistete eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung während der Dienstzeiten. Eine ortsfeste, hochfrequente Dauerbetreuung wurde von einer anderen Suchtberatungsstelle und eine mittelfrequente, ortsfeste Dauerbetreuung von einer weiteren Suchtberatungsstelle angeboten. Die Poliklinik der psychiatrischen Universitätsklinik konnte eine hochfrequente, ortsfeste Dauerbetreuung anbieten.

Durch die Dienstärzte der beiden psychiatrischen Kliniken war ein ortsfester Krisendienst rund um die Uhr verfügbar.

Alle Einrichtungen der Stadt Halle waren, laut Fahrplanauskunft der INSA (www.insa.de), innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln von allen Stadtteilen zu erreichen.

Tab. 8.23: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS der Stadt Halle

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	2	80-88	84	168	64,4
R4	Krankenhaus elektiv	3	12-30	20,7	62	23,8
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	5	17-99	56	280 (99*)	107,3 (38,0*)
R12	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal < 24 h	1	12		12	4,6
R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	1	42		42*	16,1*
D1	Tagesklinik	4	6-20	14.5	58	22,2
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	3	24-200	138	414 (24*)	158 (9,2*)
D4	Tagestrukt., mindst vier Halbtage/Wo	1	16*		16*	6,1*
D5	Sozialkontakt, mindst vier Halbtage/Wo	3				
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O3	Notfallvers., ortsfest, 24 h	2				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	2				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	2				
O9	Dauerbetreuung, ortsfest, mittl. Intens.	1				
	Gesamt	31**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.2.24 Die Stadt Dessau

Die kreisfreie Stadt Dessau hatte 1998 bei einer Gesamtfläche von 148 km² und 86.623 Einwohnern eine Bevölkerungsdichte von 585,4 EW/km². Dessau ist die drittgrößte Stadt Sachsen-Anhalts. 1998 lag die Arbeitslosenquote mit 19,6% in Dessau im landesweiten Vergleich relativ hoch.

Für die psychiatrische Akutversorgung standen in der psychiatrischen Abteilung des St. Joseph Krankenhauses 80 Akutbetten und 20 Plätze in der Tagesklinik, entsprechend einer bevölkerungsbezogenen Bettenzahl von 92,4 bzw. 23,1 je 100.000 EW zur Verfügung.

In freier Niederlassung waren fünf Nervenärzte und drei Psychotherapeuten tätig. Das entsprach den bevölkerungsbezogenen Zahlen von 5,8 bzw. 3,5 je 100.000 EW.

Im Bereich „Wohnen“ existierte 1998 in Dessau ein Übergangwohnheim mit 40 Plätzen für suchtkranke Menschen. Weiterhin gab es drei Dauerwohnheime mit einer ständigen Personalanwesenheit mit insgesamt 308 Plätzen. 19 dieser Plätze befanden sich in einer Einrichtung, die ausschließlich für psychisch kranke Menschen konzipiert war. Für psychisch kranke und für suchtkranke Menschen gab es in zwei separaten Dauerwohneinrichtungen mit einer geringeren Betreuungsintensität insgesamt 18 Plätze.

Im rehabilitativen/tagestrukturierenden Bereich standen in einer Werkstatt für geistig behinderte Menschen 163 arbeitsähnliche Beschäftigungsplätze zur Verfügung. Spezielle Angebote für seelisch behinderte Menschen existierten nicht.

Während der Dienstzeiten gewährleistete der sozialpsychiatrische Dienst einen aufsuchenden Kriseninterventionsdienst und eine hochfrequente, aufsuchende und ortsfeste Dauerbetreuung. Eine hochfrequente, ortsfeste Dauerbetreuung wurde ebenfalls von zwei Suchtberatungsstellen ange-

boten. Durch die Dienstärzte der psychiatrischen Klinik stand ein ortsfester Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr zur Verfügung.

Alle Einrichtungen der Stadt Dessau waren von allen Stadtteilen aus, laut Fahrplanauskunft INSA (www.insa.de), innerhalb von 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Tab. 8.24: Psychiatrische Einrichtungen nach ESMS der Stadt Dessau

ESMS	Kurzbezeichnung	Anzahl	Plätze	Median	Summe	Zahl pro 100.000 EW
R2	Krankenhaus akut	1	80		80	92,4 (48.2*)
R8	Wohnen, zeitl. begrenzt, Personal 24 h	1	40*		40*	46.2*
R11	Wohnen, zeitl. unbegrenzt, Personal 24 h	3	19-160	102,7	308 (19*)	355,6 (21,9*)
R13	Wohnen, zeitl. unbegr., Personal zeitw.	2	6*-12*	9	18*	20,7*
D1	Tagesklinik	1	20		20	23,1
D3	Arbeitsähnliche Beschäftigung	1	163		163	188,2
O2	Notfallvers., aufsuch., begr. Dienstzeit	1				
O3	Notfallvers., ortsfest, 24 h	1				
O5	Dauerbetreuung, aufsuch., hohe Intens.	1				
O8	Dauerbetreuung, ortsfest, hohe Intens.	3				
	Gesamt	15**				

(*Anzahl der Plätze ohne Plätze für geistig behinderte Menschen; **Doppelzählungen bei Wahrnehmung mehrerer Aufgaben möglich)

8.3 Entfernungstabellen

8.3.1 Ausgewählte Entfernungen im Altmarkkreis-Salzwedel

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Harpe	Salzwedel	SpD	37,2	1,22
Schmöllau	Salzwedel	SpD	38,7	0,50
Diesdorf	Salzwedel	SpD	23,7	0,45
Dannefeld	Klötze	SpD	15,1	0,30
Dannefeld	Gardelegen	SpD	21,0	1,00
Apenburg	Salzwedel	SpD	23,9	0,27
Klötze	Uchtspringe	Klinik	37,1	1,33
Salzwedel	Uchtspringe	Klinik	60,8	1,21
Beetzendorf	Uchtspringe	Klinik	47,5	1,51
Arendsee	Uchtspringe	Klinik	55,6	1,40
Gardelegen	Uchtspringe	Klinik	14,8	0,10

8.3.2 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Stendal

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Drösende	Osterburg	SpD	30,1	0,39
Messdorf	Osterburg	SpD	16,8	0,33
Bismark	Stendal	SpD	22,9	0,30
Arneburg	Stendal	SpD	14,1	0,29
Rehberg	Havelberg	SpD	17,1	0,34
Scharpenhufe	Havelberg	SpD	36,6	2,56
Tangerhütte	Uchtspringe	Klinik	26,8	0,35
Stendal	Uchtspringe	Klinik	23,4	0,15
Seehausen	Uchtspringe	Klinik	71,2	0,45
Havelberg	Uchtspringe	Klinik	65,6	3,30
Bismark	Uchtspringe	Klinik	21,5	1,06
Drösende	Uchtspringe	Klinik	76,8	1,33
Sandau	Uchtspringe	Klinik	60,5	4,06

8.3.3 Ausgewählte Entfernungen im Ohrekreis

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Oebisfelde	Haldensleben	Klinik/SpD	38,3	0,32
Calvörde	Haldensleben	Klinik/SpD	15,5	0,18
Weferlingen	Haldensleben	Klinik/SpD	27,8	0,50
Bregenstein	Haldensleben	Klinik/SpD	16,5	0,33
Erxleben	Haldensleben	Klinik/SpD	17,0	0,36
Wolmirstedt	Haldensleben	Klinik/SpD	19,1	0,41
Flechtingen	Haldensleben	Klinik/SpD	14,0	0,11
Schackensleben	Haldensleben	Klinik/SpD	14,9	0,34
Rogätz	Wolmirstedt	SpD	13,8	0,16
Dahlenwarsleben	Wolmirstedt	SpD	10,3	0,23
Angern	Wolmirstedt	SpD	18,2	0,42
Colbitz	Wolmirstedt	SpD	8,3	0,28
Rogätz	Haldensleben	Klinik/SpD	33,4	1,03
Angern	Haldensleben	Klinik/SpD	37,8	1,07

8.3.4 Ausgewählte Entfernungen im Jerichower Land

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Kleinwusterwitz	Genthin	SpD	10,8	0,37
Tucheim	Genthin	SpD	17,5	0,42
Jerichow	Genthin	SpD	14,0	0,38
Jerichow	Burg	SpD	35,7	0,46
Gommern	Burg	SpD	28,7	0,58
Gommern	Jerichow	Klinik	64,1	2,04
Möckern	Burg	SpD	16,6	0,33
Drewitz	Burg	SpD	25,4	1,13
Drewitz	Genthin	SpD	28,2	1,34
Drewitz	Jerichow	Klinik	41,0	2,17
Kleinwusterwitz	Jerichow	Klinik	21,6	1,35
Güsen	Jerichow	Klinik	19,8	1,17
Güsen	Genthin	SpD	19,2	0,13

8.3.5 Ausgewählte Entfernungen im Bördekreis

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Wefensleben	Oschersleben	SpD	23,1	1,26
Wefensleben	Haldensleben	Klinik	28,6	1,15
Hötensleben	Oschersleben	SpD	20,9	0,43
Wackersleben	Oschersleben	SpD	16,3	0,47
Grossalsleben	Oschersleben	SpD	6,1	0,25
Bahrendorf	Oschersleben	SpD	28,0	1,00
Seehausen	Haldensleben	Klinik	27,7	1,40
Seehausen	Oschersleben	SpD	10,8	0,43
Oschersleben	Haldensleben	Klinik	38,3	1,37
Bahrendorf	Haldensleben	Klinik	42,4	1,37
Wanzleben	Haldensleben	Klinik	36,2	1,48
Wackersleben	Haldensleben	Klinik	42,4	2,37
Grossalsleben	Haldensleben	Klinik	44,2	2,02
Wanzleben	Magdeburg	Klinik/SpD	20,5	0,36
Wackersleben	Magdeburg	Klinik/SpD	59,9	1,21
Grossalsleben	Magdeburg	Klinik/SpD	42,9	1,04

8.3.6 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Halberstadt

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Osterwieck	Halberstadt	SpD	27,6	0,46
Osterwieck	Blankenburg	Klinik	31,9	1,09
Osterwieck	Neinstedt	Klinik	43,2	1,14
Dedeleben	Neinstedt	Klinik	43,4	1,54
Dedeleben	Blankenburg	Klinik	32,1	1,50

Dedeleben	Halberstadt	SpD	24,6	0,46
Schlanstedt	Halberstadt	SpD	16,5	0,37
Schlanstedt	Blankenburg	Klinik	32,0	1,20
Schlanstedt	Neinstedt	Klinik	39,5	1,12
Schwanebeck	Neinstedt	Klinik	32,6	0,52
Schwanebeck	Blankenburg	Klinik	27,7	0,47
Schwanebeck	Halberstadt	SpD	11,5	0,20
Wegeleben	Halberstadt	SpD	11,6	0,05
Wegeleben	Blankenburg	Klinik	21,9	0,37
Wegeleben	Neinstedt	Klinik	21,7	0,21

8.3.7 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Wernigerode

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Benneckenstein	Wernigerode	SpD	27,7	0,59
Benneckenstein	Blankenburg	Klinik	27,2	0,58
Benneckenstein	Elbingerode	Klinik	16,2	0,50
Hasselfelde	Elbingerode	Klinik	17,2	0,39
Hasselfelde	Blankenburg	Klinik	16,0	0,30
Hasselfelde	Wernigerode	SpD	27,6	0,47
Schierke	Elbingerode	Klinik	12,0	0,36
Schierke	Blankenburg	Klinik	28,4	1,17
Schierke	Wernigerode	SpD	18,2	0,29
Wasserleben	Elbingerode	Klinik	21,4	1,27
Wasserleben	Wernigerode	SpD	10,3	0,25
Wasserleben	Blankenburg	Klinik	25,1	1,15
Derenburg	Blankenburg	Klinik	10,8	1,08
Derenburg	Wernigerode	SpD	10,0	0,18
Derenburg	Elbingerode	Klinik	18,2	0,57
Wernigerode	Elbingerode	Klinik	11,5	0,40
Wernigerode	Blankenburg	Klinik	15,8	0,36

8.3.8 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Quedlinburg

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Straßburg	Neinstedt	Klinik	25,2	1,26
Straßburg	Ballenstedt	Klinik	22,3	1,24
Straßburg	Quedlinburg	SpD	28,2	1,11
Güntersberge	Quedlinburg	SpD	24,6	0,51
Güntersberge	Ballenstedt	Klinik	26,2	1,25
Güntersberge	Neinstedt	Klinik	21,3	1,02
Harzgerode	Neinstedt	Klinik	18,4	0,57
Harzgerode	Ballenstedt	Klinik	15,6	0,42
Harzgerode	Quedlinburg	SpD	21,4	0,49
Thale	Quedlinburg	SpD	9,9	0,11
Thale	Ballenstedt	Klinik	16,7	0,57
Thale	Neinstedt	Klinik	3,4	0,05
Hedersleben	Neinstedt	Klinik	18,9	0,47
Hedersleben	Ballenstedt	Klinik	12,4	0,35
Hedersleben	Quedlinburg	SpD	23,7	1,12
Quedlinburg	Ballenstedt	Klinik	14,3	0,37
Quedlinburg	Neinstedt	Klinik	7,0	0,05

8.3.9 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Aschersleben-Staßfurt

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Egeln	Aschersleben	SpD	21,7	0,46
Egeln	Staßfurt	Tagesklinik	17,7	0,36
Egeln	Bernburg	Klinik/SpD	59,7	1,04
Borne	Bernburg	Klinik/SpD	33,7	1,02
Borne	Staßfurt	Tagesklinik	12,7	0,32
Borne	Aschersleben	SpD	28,1	1,01
Schadeleben	Aschersleben	SpD	13,3	0,36

Schadeleben	Staßfurt	Tagesklinik	18,2	0,57
Schadeleben	Bernburg	Klinik/SpD	35,2	1,10
Hecklingen	Bernburg	Klinik/SpD	20,8	0,45
Hecklingen	Staßfurt	Tagesklinik	3,8	0,17
Hecklingen	Aschersleben	SpD	14,4	0,46
Meisdorf	Aschersleben	SpD	14,4	0,30
Staßfurt	Bernburg	Klinik/SpD	15,5	0,26
Meisdorf	Staßfurt	Tagesklinik	29,9	1,32
Meisdorf	Bernburg	Klinik/SpD	37,8	1,13
Giersleben	Bernburg	Klinik/SpD	19,2	0,18
Giersleben	Staßfurt	Tagesklinik	11,3	0,13
Giersleben	Aschersleben	SpD	8,1	0,07
Aschersleben	Bernburg	Klinik/SpD	23,4	0,25
Aschersleben	Staßfurt	Tagesklinik	15,5	0,22

8.3.10 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Schönebeck

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Schönebeck	Magdeburg	Klinik/SpD	32,8	0,14
Schönebeck	Haldensleben	Klinik	49,9	1,10
Schönebeck	Bernburg	Klinik/SpD	39,9	0,43
Calbe	Bernburg	Klinik/SpD	14,5	0,35
Calbe	Haldensleben	Klinik	59,8	1,44
Calbe	Magdeburg	Klinik/SpD	42,8	0,23
Groß Rosenburg	Magdeburg	Klinik/SpD	55,8	0,41
Groß Rosenburg	Haldensleben	Klinik	72,8	1,44
Groß Rosenburg	Bernburg	Klinik/SpD	19,9	1,03
Groß Rosenburg	Schönebeck	SpD	28,3	0,28
Calbe	Schönebeck	SpD	15,3	0,10
Barby	Schönebeck	SpD	12,3	0,32
Barby	Magdeburg	Klinik/SpD	43,3	0,46
Barby	Haldensleben	Klinik	60,4	2,09
Barby	Bernburg	Klinik/SpD	26,8	1,10
Biere	Bernburg	Klinik/SpD	36,1	1,54
Biere	Schönebeck	SpD	8,4	0,28
Biere	Magdeburg	Klinik/SpD	29,3	0,37
Biere	Haldensleben	Klinik	46,4	1,57
Plötzky	Haldensleben	Klinik	56,4	1,36
Plötzky	Schönebeck	SpD	7,6	0,32
Plötzky	Magdeburg	Klinik/SpD	24,6	0,51
Plötzky	Bernburg	Klinik/SpD	46,5	1,31

8.3.11 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Köthen

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Aken	Köthen	SpD	14,9	0,14
Aken	Bernburg	Klinik/SpD	28,5	0,45
Köthen	Bernburg	Klinik/SpD	19,4	0,15
Diebzig	Bernburg	Klinik/SpD	20,0	0,55
Diebzig	Köthen	SpD	14,3	0,29
Wulfen	Köthen	SpD	9,4	0,06
Wulfen	Bernburg	Klinik/SpD	16,7	0,29
Reppichau	Bernburg	Klinik/SpD	31,5	0,52
Reppichau	Köthen	SpD	12,7	0,22
Quellendorf	Köthen	SpD	12,6	0,32
Quellendorf	Bernburg	Klinik/SpD	33,4	1,10
Baasdorf	Bernburg	Klinik/SpD	24,0	1,07
Baasdorf	Köthen	SpD	6,0	0,21
Gröbzig	Köthen	SpD	13,2	0,41
Gröbzig	Bernburg	Klinik/SpD	16,3	1,45
Radegast	Bernburg	Klinik/SpD	33,0	0,55
Radegast	Köthen	SpD	15,0	0,34

8.3.12 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Bernburg

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Nienburg	Bernburg	Klinik/SpD	7,4	0,14
Biendorf	Bernburg	Klinik/SpD	9,9	0,11
Güsten	Bernburg	Klinik/SpD	12,5	0,09
Belleben	Bernburg	Klinik/SpD	18,0	1,52
Plötzkau	Bernburg	Klinik/SpD	11,9	-
Könnern	Bernburg	Klinik/SpD	15,1	0,27
Preußnitz	Bernburg	Klinik/SpD	10,3	-
Schackstedt	Bernburg	Klinik/SpD	22,3	0,52

8.3.13 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Bitterfeld

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Brehna	Bitterfeld	SpD	11,1	0,08
Brehna	Bernburg	Klinik/SpD	56,4	1,29
Brehna	Halle	Klinik/SpD	19,3	0,15
Zörbig	Halle	Klinik/SpD	30,7	1,03
Zörbig	Bernburg	Klinik/SpD	37,5	1,25
Zörbig	Bitterfeld	SpD	15,4	0,37
Bitterfeld	Bernburg	Klinik/SpD	68,0	1,17
Bitterfeld	Halle	Klinik/SpD	30,4	0,17
Möst	Dessau	Klinik	31,0	0,33
Möst	Bitterfeld	SpD	24,2	1,08
Möst	Bernburg	Klinik/SpD	30,2	1,16
Raghun	Bernburg	Klinik/SpD	41,1	1,16
Raghun	Bitterfeld	SpD	12,9	0,08
Raghun	Dessau	Klinik	16,7	0,15
Wolfen	Halle	Klinik/SpD	36,9	0,31
Wolfen	Bitterfeld	SpD	8,3	0,04
Wolfen	Bernburg	Klinik/SpD	74,0	1,22
Rösa	Bernburg	Klinik/SpD	80,9	2,50
Rösa	Bitterfeld	SpD	13,8	0,32
Rösa	Halle	Klinik/SpD	43,7	0,55
Bitterfeld	Dessau	Klinik	33,9	0,16
Wolfen	Dessau	Klinik	19,5	0,19

8.3.14 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Wittenberg

von	Nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Straach	Wittenberg	Klinik/SpD	11,0	0,46
Kropstädt	Wittenberg	Klinik/SpD	13,0	0,33
Seyda	Wittenberg	Klinik/SpD	23,2	0,57
Seyda	Jessen	SpD	12,0	0,23
Zahna	Jessen	SpD	21,7	0,40
Zahna	Wittenberg	Klinik/SpD	12,9	0,10
Linda	Jessen	SpD	14,7	1,11
Linda	Wittenberg	Klinik/SpD	39,2	1,33
Holzdorf	Wittenberg	Klinik/SpD	36,1	1,26
Holzdorf	Jessen	SpD	12,1	0,26
Prettin	Jessen	SpD	15,7	0,34
Prettin	Wittenberg	Klinik/SpD	39,9	0,56
Bad Schmiedeberg	Wittenberg	Klinik/SpD	26,3	0,37
Söllichau	Gräfenhainichen	SpD	18,5	0,29
Söllichau	Wittenberg	Klinik/SpD	31,9	2,11
Gräfenhainichen	Wittenberg	Klinik/SpD	25,2	0,17
Kemberg	Wittenberg	Klinik/SpD	14,6	1,10
Wartenburg	Wittenberg	Klinik/SpD	22,7	0,42
Rade	Wittenberg	Klinik/SpD	27,1	0,48
Rade	Jessen	SpD	7,3	0,19
Jessen	Wittenberg	Klinik/SpD	24,2	0,21

8.3.15 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Anhalt-Zerbst

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Loburg	Zerbst	SpD	19,2	0,54
Loburg	Dessau	Klinik	40,2	1,15
Leitzkau	Dessau	Klinik	3,6	1,00
Leitzkau	Zerbst	SpD	13,8	0,40
Walternienburg	Zerbst	SpD	12,1	0,34
Walternienburg	Dessau	Klinik	34,3	1,11
Steutz	Dessau	Klinik	20,6	0,54
Steutz	Zerbst	SpD	10,9	0,15
Coswig	Rosslau	SpD	32,0	0,18
Coswig	Dessau	Klinik	21,9	0,24
Coswig	Wörlitz	SpD	19,5	1,20
Oranienbaum	Wörlitz	SpD	5,7	1,11
Oranienbaum	Rosslau	SpD	18,5	0,53
Oranienbaum	Dessau	Klinik	13,6	0,38
Cobbelsdorf	Dessau	Klinik	33,0	1,34
Cobbelsdorf	Wörlitz	SpD	32,2	2,42
Cobbelsdorf	Rosslau	SpD	33,0	1,28
Lindau	Zerbst	SpD	9,2	0,37
Lindau	Dessau	Klinik	30,3	0,57
Dobritz	Dessau	Klinik	33,8	1,24
Dobritz	Zerbst	SpD	12,8	0,54
Hundeluft	Rosslau	SpD	14,0	0,30
Hundeluft	Dessau	Klinik	21,0	0,44
Rosslau	Dessau	Klinik	7,2	0,05
Zerbst	Dessau	Klinik	22,2	0,15
Wörlitz	Dessau	Klinik	18,2	0,44

8.3.15 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Sangerhausen

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Stolberg	Großörner	Klinik	44,6	1,47
Stolberg	Sangerhausen	SpD	38,8	0,40
Kelbra	Sangerhausen	SpD	23,3	0,32
Kelbra	Großörner	Klinik	48,0	1,36
Wolfsberg	Großörner	Klinik	41,3	1,57
Wolfsberg	Sangerhausen	SpD	23,2	0,48
Bennungen	Sangerhausen	SpD	16,1	0,12
Bennungen	Großörner	Klinik	40,9	1,34
Großleinungen	Großörner	Klinik	30,1	2,08
Großleinungen	Sangerhausen	SpD	12,2	0,46
Allstedt	Sangerhausen	SpD	12,5	0,37
Allstedt	Großörner	Klinik	31,7	0,56
Blankenheim	Großörner	Klinik	18,8	0,45
Blankenheim	Sangerhausen	SpD	11,3	0,11
Grillenberg	Sangerhausen	SpD	9,3	0,23
Grillenberg	Großörner	Klinik	19,2	1,40
Sangerhausen	Großörner	Klinik	24,7	0,53

8.3.16 Ausgewählte Entfernungen im Mansfelder Land

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Eisleben	Großörner	Klinik	15,8	0,48
Hettstedt	Großörner	Klinik	4,5	0,11
Quenstedt	Großörner	Klinik	13,8	0,29
Quenstedt	Hettstedt	SpD	9,3	0,24
Wippra	Hettstedt	SpD	22,3	0,29

Wippra	Großörner	Klinik	18,4	0,29
Mansfeld	Großörner	Klinik	4,0	0,49
Mansfeld	Hettstedt	SpD	8,4	0,24
Mansfeld	Eisleben	SpD	15,4	0,40
Hergisdorf	Eisleben	SpD	5,5	0,16
Hergisdorf	Großörner	Klinik	11,7	0,25
Volkstedt	Großörner	Klinik	12,2	1,00
Volkstedt	Eisleben	SpD	6,5	0,14
Osterhausen	Eisleben	SpD	12,4	0,20
Osterhausen	Großörner	Klinik	28,7	1,20
Polleben	Eisleben	SpD	8,6	0,16
Polleben	Hettstedt	SpD	11,6	1,02
Polleben	Großörner	Klinik	12,3	1,16
Gerbstedt	Großörner	Klinik	13,9	0,38
Gerbstedt	Hettstedt	SpD	9,4	0,15
Sandersleben	Hettstedt	SpD	6,6	0,24
Sandersleben	Großörner	Klinik	11,1	0,24

8.3.17 Ausgewählte Entfernungen im Saalkreis

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Steuden	Halle	Klinik/SpD	26,3	0,49
Steuden	Bernburg	Klinik/SpD	74,4	1,44
Langenbogen	Bernburg	Klinik/SpD	67,1	1,42
Langenbogen	Halle	Klinik/SpD	19,0	0,42
Beesenstedt	Halle	Klinik/SpD	22,2	0,52
Beesenstedt	Bernburg	Klinik/SpD	34,0	1,59
Wettin	Bernburg	Klinik/SpD	26,7	2,35
Wettin	Halle	Klinik/SpD	28,1	0,51
Domnitz	Halle	Klinik/SpD	29,7	0,30
Domnitz	Bernburg	Klinik/SpD	24,1	1,54
Lobejün	Bernburg	Klinik/SpD	25,1	1,21
Lobejün	Halle	Klinik/SpD	31,3	0,44
Brachstedt	Halle	Klinik/SpD	14,9	0,39
Brachstedt	Bernburg	Klinik/SpD	43,2	2,16
Landsberg	Bernburg	Klinik/SpD	53,9	1,25
Landsberg	Halle	Klinik/SpD	16,8	0,11
Queis	Halle	Klinik/SpD	14,3	0,28
Queis	Bernburg	Klinik/SpD	51,0	1,43
Gröbers	Bernburg	Klinik/SpD	58,1	1,18
Gröbers	Halle	Klinik/SpD	14,2	0,11
Holleben	Halle	Klinik/SpD	11,5	0,32
Holleben	Bernburg	Klinik/SpD	59,2	2,02

8.3.18 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Merseburg-Querfurt

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Farnstädt	Querfurt	SpD	6,3	0,11
Farnstädt	Zingst	Klinik	18,4	0,32
Vitzenburg	Zingst	Klinik	3,4	0,08
Vitzenburg	Querfurt	SpD	11,7	0,30
Schraplau	Querfurt	SpD	9,4	0,17
Schraplau	Zingst	Klinik	22,2	1,17
Schafstädt	Zingst	Klinik	21,3	2,01
Schafstädt	Merseburg	SpD	18,9	0,33
Bad Lauchstädt	Merseburg	SpD	11,4	0,22
Bad Lauchstädt	Zingst	Klinik	28,8	2,18
Bad Lauchstädt	Halle	Klinik/SpD	19,3	0,52
Zöschen	Halle	Klinik/SpD	34,6	0,50
Zöschen	Merseburg	SpD	9,6	0,23
Zöschen	Zingst	Klinik	50,8	1,52
Bad Dürrenberg	Zingst	Klinik	54,1	1,46
Bad Dürrenberg	Merseburg	SpD	11,3	0,49

Bad Dürrenberg	Halle	Klinik/SpD	42,3	1,15
Rossbach	Merseburg	SpD	15,2	0,46
Rossbach	Zingst	Klinik	28,9	1,00
Mücheln	Zingst	Klinik	19,7	1,11
Mücheln	Merseburg	SpD	19,2	0,31
Mücheln	Querfurt	SpD	22,4	0,30
Querfurt	Zingst	Klinik	12,7	0,23
Merseburg	Zingst	Klinik	40,5	1,28
Merseburg	Halle	Klinik/SpD	17,4	0,16

8.3.19 Ausgewählte Entfernungen im Burgenlandkreis

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Wohlmirstedt	Naumburg	Klinik/SpD	34,8	1,00
Wohlmirstedt	Nebra	SpD	12,2	1,00
Eckartsberga	Naumburg	Klinik/SpD	20,0	0,50
Bad Bibra	Naumburg	Klinik/SpD	22,5	1,13
Bad Bibra	Nebra	SpD	11,4	1,17
Gleina	Nebra	SpD	14,6	0,56
Gleina	Naumburg	Klinik/SpD	16,2	0,28
Klosterhäseler	Naumburg	Klinik/SpD	16,7	0,56
Bad Kösen	Naumburg	Klinik/SpD	7,0	0,05
Prießnitz	Naumburg	Klinik/SpD	8,5	0,30
Freyburg	Naumburg	Klinik/SpD	8,0	0,08
Osterfeld	Naumburg	Klinik/SpD	15,6	1,01
Osterfeld	Zeitz	SpD	17,3	0,54
Wetterzeube	Zeitz	SpD	11,2	0,09
Wetterzeube	Naumburg	Klinik/SpD	31,5	1,20
Droyßig	Naumburg	Klinik/SpD	26,6	1,27
Droyßig	Zeitz	SpD	8,4	0,17
Kayna	Zeitz	SpD	11,6	0,44
Kayna	Naumburg	Klinik/SpD	39,8	1,35
Draschwitz	Naumburg	Klinik/SpD	34,2	2,00
Draschwitz	Zeitz	SpD	7,9	0,19
Nebra	Naumburg	Klinik/SpD	30,2	0,47
Zeitz	Naumburg	Klinik/SpD	28,4	0,56

8.3.20 Ausgewählte Entfernungen im Landkreis Weißenfels

von	nach	Einrichtung	Entfernung in km	Wegzeit mit ÖPNV in h
Großkorbetha	Naumburg	Klinik/SpD	25,4	0,17
Großkorbetha	Hohenmölsen	SpD	215	1,16
Lützen	Hohenmölsen	SpD	15,4	1,40
Lützen	Naumburg	Klinik/SpD	40,2	1,06
Weißenfels	Naumburg	Klinik/SpD	17,6	0,10
Weißenfels	Hohenmölsen	SpD	14,2	0,40
Teuchern	Hohenmölsen	SpD	7,7	0,21
Teuchern	Naumburg	Klinik/SpD	20,4	0,31
Prittitz	Naumburg	Klinik/SpD	10,2	0,28
Prittitz	Hohenmölsen	SpD	20,3	0,45
Uichteritz	Hohenmölsen	SpD	19,4	0,47
Uichteritz	Naumburg	Klinik/SpD	13,5	0,55
Hohenmölsen	Naumburg	Klinik/SpD	34,0	1,05

9 Thesen

1. Der europaweite Reformprozess der psychiatrischen Versorgung, der einen Paradigmenwechsel von der institutionszentrierten zur gemeindenahen Psychiatrie zur Folge hatte, führte zur Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen.
2. Für eine suffiziente psychiatrische Versorgungsforschung und Versorgungsplanung ist eine detaillierte Kenntnis der Strukturqualität des psychiatrischen Versorgungssystems einer Region unabdingbar.
3. Mit dem ESMS-V3 steht der psychiatrischen Versorgungsforschung ein Instrument zur Verfügung, das eine funktionsbezogene Klassifizierung der, an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Einrichtungen ermöglicht. Damit wird dem systemischen, funktionsorientierten Versorgungsforschungsansatz Rechnung getragen.
4. Die Strukturierung und die Flexibilität des ESMS-V3 gestatten die Nutzung routinemäßig, zu anderen Zwecken erhobener Datenmaterialien.
5. Die halbstandardisierten Besuchsprotokolle der Besuchskommissionen des Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt erwiesen sich als brauchbare Datenquelle für eine Erhebung mit Teilbereichen des ESMS-V3 Manuals. Es wurden 365 Protokolle aus den Jahren 1996 bis 1998 anhand der Teilbereiche B und D des ESMS-V3 Manuals ausgewertet.
6. Anhand der Ergebnisse ließ sich eine Übersicht über die Strukturqualität der psychiatrischen Versorgung auf regionaler (in den einzelnen Landkreisen) und überregionaler (im Bundesland Sachsen-Anhalt) Ebene erstellen.
7. Auf regionaler Ebene fielen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Landkreisen in der Versorgungsstruktur vor allem im Bereich der medizinischen stationären und teilstationären Versorgung und im Bereich der Wohneinrichtungen auf. Auch die Verteilung der ambulant tätigen, niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten war landesweit sehr unausgewogen.
8. Die Bettenmessziffer für vollstationäre psychiatrische Akutbetten lag in Sachsen-Anhalt im Erhebungszeitraum im bundesweiten Vergleich am niedrigsten und am unteren Grenzwert der Empfehlungen der Expertenkommission von 1988.
9. Im Bereich der „Hilfen zum Wohnen“ überwogen die Dauerwohnheime mit ständiger Personalanwesenheit. Die alternativen Wohnangebote machten gerade mal ein Zehntel der im Erhebungszeitraum existierenden Einrichtungen aus.

10. Im Bereich der „tagesstrukturierenden Einrichtungen“ lag im Erhebungszeitraum vor allem durch das flächendeckend ausgebaute Angebot an Werkstätten für behinderte Menschen eine regional ausgewogene Versorgungsstruktur vor. Die meisten Plätze waren hier für geistig behinderte Menschen vorgesehen. Separate Einrichtungen oder Arbeitsbereiche für seelisch behinderte Menschen gab es nur wenige. Andere Formen der geschützten Arbeit außerhalb der Werkstätten für behinderte Menschen existierten nur in sehr geringem Umfang.
11. Sozialpsychiatrische Dienste und Suchtberatungsstellen waren während des Erhebungszeitraumes flächendeckend ausgebaut. Die Angebotsstruktur für eine aufsuchende und nichtaufsuchende Krisenintervention und Dauerbetreuung war regional ausgewogen. Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, so vorhanden, sicherten eine nichtaufsuchende Dauerbetreuung. Die diensthabenden Ärzte in den psychiatrischen stationären Einrichtungen leisteten eine rund um die Uhr verfügbare, nichtaufsuchende Krisenintervention.
12. Die Erreichbarkeit der Einrichtung war von dem Ausbaugrad des öffentlichen Verkehrsnetzes abhängig. Hier mussten vor allem in den dünn besiedelten Landkreisen zum Teil erhebliche Wegzeiten in Kauf genommen werden.
13. Eine bedarfsgerechte, wohnortnahe, differenzierte und koordinierte psychiatrische Versorgung war in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998 noch nicht umfassend und regional ausgewogen aufgebaut.

10 Tabellarischer Lebenslauf

Fanny Wetzig
 Georg-Cantor-Str. 21a
 06108 Halle
 0345/2125663

Name	Wetzig
Geburtsname	Jeschke
Vorname	<u>Fanny</u> Barbara
Geb. am	20.07.1973
Familienstand	Verheiratet
Nationalität	deutsch

09/80 bis 07/86	POS Makarenko Halle/S.
09/86 bis 07/88	POS Diesterweg Halle/S.
09/88 bis 6/92	Latina „August-Hermann-Francke“ Halle/S. Abitur 1992 mit der Note 1,6
10/92 bis 4/99	Humanmedizinisches Studium an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg
20.04.99	Ärztliche Prüfung mit der Note „befriedigend“ (2,83) und Teilapprobation
5/99 bis 11/00	Tätigkeit als Ärztin im Praktikum in der Klinik für Neurologie des Städtischen Krankenhauses Martha-Maria Halle/Dölau, Halle/S.
11/00 bis 04/02	Tätigkeit als Assistenzärztin in der Klinik für Neurologie des Städtischen Krankenhauses Martha-Maria Halle/Dölau, Halle/S.
04/02 bis 10/03	Elternzeit
Seit 10/03	Tätigkeit als Assistenzärztin in der Klinik für Neurologie des Städtischen Krankenhauses Martha-Maria Halle/Dölau, Halle/S.

Kurse und Praktika

17.02.-27.03.1997	Tropenmedizinischer Kurs an der Universität Leipzig
17.01.-18.01.1998	NADA-Basic I (Spezielle Suchtakupunktur), Hamburg
14.02.1998	NADA-Basic II (Spezielle Suchtakupunktur), Hamburg
03.11.-05.11.1999	Grundkurs Dopplersonographie der Gefäße, Halle
01.04.-02.04.2000	Einführungskurs in die klinische Elektroenzephalographie, Dresden
16.05.-18.05.2003	Freyburger EMG/ENG-Kurs der Klinik für Neurologie der MLU Halle/Wittenberg

Studienaufenthalte im Ausland

01.09.-01.10.1996	Famulatur in der Internistischen Klinik des Parirenyatwa-Universitäts- hospitals, Harare (Zimbabwe)
03.08.-22.11.1998	Aufenthalt im Rahmen des praktischen Jahres in der Unfallchirurgischen Klinik des Parirenyatwa-Universitätshospitals, Harare (Zimbabwe)

11 Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind als Quellenangaben gekennzeichnet.

Diese Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Halle/S., den _____

Fanny B. Wetzig

12 Hinweise auf Präsentationen und Publikationen

Poster:

F. Jeschke, P. Brieger, F.M. Böcker

Psychiatric services in Sachsen-Anhalt - assessed with the European Services Mapping Schedule ESMS-V 3

European Network for Mental Health Service Evaluation (ENMESH) 4th International Conference: Psychiatric Reform and Service Research in Europe, 28-30. April 2000, Leipzig

F. Jeschke, F.M. Böcker, P. Brieger

Die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt. Eine Erhebung mit dem „European Service Mapping Schedule“ ESMS.

DGPPN-Kongress in Verbindung mit dem 1. Deutschen Psychiatrietag, 20-23.09.2000, Aachen

Veröffentlichungen:

F. M. Böcker, F. Jeschke, P. Brieger: Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem „European Service Mapping Schedule“ ESMS. In: Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (Hrsg): 7. Bericht Mai 1999 – April 2000. Halle/S., S. 51-62

F.M. Böcker, F. Jeschke, P. Brieger: Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem „European Service Mapping Schedule“ ESMS. Psychiat Prax 2001; 28: 393-401

P. Brieger, F. Wetzig, F.M. Böcker: Institutions and services of psychiatric care in Saxony-Anhalt: Assessment with the European Service Mapping Schedule. European Psychiatry 2003; 18: 145-147

13 Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. med. P. Brieger und PD Dr. med. F. M. Böcker für die Überlassung des Themas, ihre freundliche Hilfsbereitschaft auf wissenschaftlichem Gebiet und ihre verständnisvolle und menschliche Betreuung. Ohne ihre wertvollen Ratschläge und ihr großes Interesse an dieser Thematik wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Mein herzlicher Dank gilt auch Frau Dr. Fiß, deren unermüdliche Arbeit als Geschäftsstellenleiterin des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt besonders bei der Datenerhebung eine große Unterstützung darstellte. Sie stand mir stets freundlich, geduldig und hilfsbereit zur Beratung meiner organisatorischen und inhaltlichen Fragen zur Seite.

Gleichzeitig möchte ich an dieser Stelle den Besuchskommissionen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt danken, die ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit einen unschätzbaren gesellschaftlichen Beitrag leisten und damit überhaupt erst eine Datengrundlage für diese Arbeit schufen.

Herrn Prof. Dr. M. von Cranach, Kaufbeuren, danke ich für die Überlassung der Originalversion des ESMS-V3 an Herrn PD Dr. med. Böcker. Dadurch konnte die Arbeitsgruppe für die vorliegende Arbeit entstehen.

Meiner Familie sei besonders gedankt für ihre Geduld und Rücksichtnahme während der Erstellung dieser Arbeit